

Mónica M. Costa Madeira Queirós de Oliveira

**BURNOUT E EMOÇÕES:
Estudo exploratório em médicos de um Hospital do Porto**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde, pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Cristina Queirós (F.P.C.E.U.P.).

2008

Resumo

Este trabalho tem como objecto de estudo o burnout, enquanto síndrome de exaustão profissional, bem como a sua relação com as emoções, especificamente a “procura de sensações” (“*sensation seeking*”). Definimos como objectivos deste estudo conhecer a prevalência deste fenómeno em médicos que trabalham num Hospital da cidade do Porto, caracterizar as emoções experienciadas (especificamente a procura de sensações) e analisar a relação entre estas duas variáveis em função de dados sócio-demográficos.

Para atingir os objectivos propostos estruturamos o nosso trabalho em duas grandes partes. Na primeira parte apresentamos o enquadramento teórico, começando por caracterizar a síndrome de burnout (descrevendo os principais modelos explicativos do burnout, suas causas e manifestações, bem como novas direcções no estudo deste fenómeno). Seguidamente abordamos as emoções (tentando apresentar uma definição, relacioná-las com a personalidade e descrever o traço “procura de sensações”) e por fim abordamos o médico como profissional de saúde, no intuito de abordar as especificidades desta profissão, as características de personalidade mais comuns e a sua vulnerabilidade à síndrome de burnout, assim como as consequências deste no seu desempenho profissional. Na segunda parte apresentamos o estudo empírico efectuado, no qual construímos um questionário adaptado a partir de outros instrumentos. Recolhemos os dados de 88 médicos que trabalham em vários serviços de um Hospital da cidade do Porto.

Os resultados obtidos permitiram-nos concluir que:

- os médicos apresentaram níveis baixos de burnout, traduzidos em níveis moderados de exaustão emocional, níveis baixos de despersonalização e níveis elevados de realização pessoal;
- os médicos apresentaram níveis baixos procura de sensações, não se encontrando correlações significativas entre o burnout e a procura de sensações;
- os médicos mais velhos procuram menos experiências, são menos desinibidos e estão menos exaustos emocionalmente;
- não foram encontradas diferenças significativas entre médicos homens e médicos mulheres;
- as emoções positivas correlacionam-se positivamente com a realização pessoal, com a satisfação profissional e com a procura de sensações;
- a satisfação profissional correlaciona-se negativamente com o burnout e positivamente com a motivação profissional actual;
- o burnout e motivação profissional estão correlacionados negativamente.

Abstract

This study analyses burnout as a professional exhaustion syndrome as well as its relation with emotions, particularly the sensation seeking behavior. We aim to identify the prevalence of this phenomenon among physicians who work in a Hospital of Porto, to characterize the experienced emotions (specially the sensation seeking trait) and to verify whether these two variables are associated, namely by focusing on the sociodemographic data.

This study is organized in two main sections. In the first one we present the theoretical framework (describing the major conceptual models of burnout, its causes and manifestations as well as new directions on the study of this syndrome). Secondly we'll address emotions (attempting to present a definition, to describe their relationship with personality and also describe sensation seeking as a trait). Finally we'll look into the medical profession, their most common personality characteristics and their vulnerability to the burnout syndrome as well as the consequences on their professional performance. On the second part we present the empirical study on data collected from an inquiry to 88 physicians working in a Hospital of Porto.

The results allow us to conclude that:

- physicians showed low levels of burnout, specifically moderated levels of emotional exhaustion, low levels of depersonalization and high levels of personal accomplishment;
- physicians also revealed low levels of sensation seeking and no significant association between this variable and burnout;
- older physicians tended to be less experience seekers, showed lower levels of disinhibition and where less emotional exhausted;
- there were no significative differences between male and female physicians;
- positive emotions were positively associated with high personal accomplishment, job satisfaction and with sensation seeking;
- job satisfaction was negatively associated with burnout and positively with present work motivation;
- burnout and work motivation were negatively associated.

Résumé

Ce travail veut étudier l'épuisement professionnel en tant que syndrome d'épuisement professionnel. Il veut aussi étudier la relation entre l'épuisement et les émotions, surtout la « recherche de sensations ». Nous avons comme buts de ce travail connaître l'épuisement dans un group de médecins d'un hôpital de la ville de Porto, caractériser ses émotions (surtout la recherche de sensations) et voir si la relation entre l'épuisement et les émotions change selon les données sociodémographiques.

Pour atteindre les objectifs fixés le travail est organisé en deux parties. La première partie présente l'encadrement théorique, où nous avons commencé par caractériser l'épuisement professionnel (décrivant les principaux modèles explicatifs de l'épuisement, ses causes et ses manifestations, ainsi que de nouvelles directions de l'étude de ce phénomène. Ensuite nous avons parlé des émotions, essayant de trouver une définition, leur relation avec la personnalité et décrire le trait de recherche de sensations. Par fin, nous avons essayé de caractériser le travail du médecin, parlant de ses spécificités professionnelles, des caractéristiques plus communes de sa personnalité, de leur vulnérabilité au syndrome de l'épuisement professionnel et les conséquences de ceci dans l'efficacité du travail. Dans la deuxième partie nous présentons l'étude empirique, dans lequel nous avons utilisé un questionnaire adapté à d'autres instruments. Nous avons recueilli les données de 88 médecins qui travaillent dans un hôpital de la ville de Porto.

Les résultats nous ont permis de conclure que:

- les médecins ont un faible épuisement professionnel, traduit dans une modérée exhaustion émotionnel, faible cynisme et haute réalisation personnel;
- les médecins ont peu le trait de personnalité de recherche de sensations ; aussi, il n'y a pas une relation de l'épuisement avec le trait recherche de sensations;
- les médecins plus âgés ont une plus faible recherche de sensations, sont moins désinhibées et ont moins d'exhaustion émotionnel;
- nous n'avons pas trouvé des différences parmi médecins hommes et médecins femmes ;
- les émotions positives ont corrélation positive avec la réalisation personnelle, avec la satisfaction professionnelle et avec la recherche de sensations ;
- la satisfaction professionnelle a une corrélation négative avec l'épuisement et une corrélation positive avec la motivation professionnelle actuelle;
- l'épuisement professionnel et la motivation professionnelle ont une corrélation négative.

Agradecimentos

Em primeiro lugar à Prof.^a Cristina Queirós, pelo rigor teórico e metodológico com que orientou este trabalho, pelo incentivo, pelo afecto, apoio e disponibilidade, pela orientação exigente e estimulante, e por acompanhar-me neste processo de crescimento académico e pessoal, por vezes doloroso, mas acima de tudo extremamente gratificante. Sem ela, este trabalho não seria possível.

À Ana e à Tita, por facilitarem a minha entrada no Hospital onde foi realizado o estudo e mediarem contactos imprescindíveis. Sem o seu cuidado a recolha de dados teria sido muito mais difícil.

Aos directores de serviço que colaboraram na recolha de dados e aos médicos que colaboraram neste estudo, pela disponibilidade e interesse.

À Prof.^a Luiza Cortesão e à Prof.^a Rosa Nunes pela estima, pelo contagiante gosto pela investigação, pelo olhar crítico e rigoroso e pelo incentivo a voar sempre mais alto.

Às minhas colegas Eva e Margarida, pela amizade e apoio constantes.

À Joana, amiga *de e para* sempre, por mais uma etapa que completamos juntas.

À minha família, a minha base, o meu suporte.

Ao Miguel, por colorir o meu mundo. Por tudo.

A eles dedico este trabalho.

INDICE

Introdução	8
 Parte A – Enquadramento Teórico	 15
 Capítulo 1 – A Síndrome de Burnout	 16
1.1. Do stress ocupacional ao burnout: breve história do conceito	17
1.2. Definição de burnout	20
1.2.1. Manifestações e consequências do burnout	22
1.2.1.1. A nível individual	22
1.2.1.2. A nível organizacional	24
1.2.2. Dimensões do burnout	25
1.2.3. Avaliação do burnout	28
1.2.4. Relação entre burnout e outros conceitos	29
1.2.4.1. Burnout e stress ocupacional	30
1.2.4.2. Burnout e depressão	31
1.2.4.3. Burnout e satisfação no trabalho	32
1.3. As causas do burnout	33
1.3.1. Variáveis individuais e burnout	37
1.3.1.1. Variáveis sócio-demográficas e burnout	37
1.3.1.2. Personalidade e burnout	40
1.3.1.3. Emoções e burnout	43
1.3.1.4. Coping e burnout	45
1.3.2. Variáveis situacionais e burnout	47
1.4. O burnout nas diferentes profissões	50
1.4.1. Burnout em profissionais que lidam com pessoas	50
1.4.2. Burnout noutras áreas profissionais	54
1.5. Intervenção no burnout	56

Capítulo 2 – Emoções e Personalidade	61
2.1. Definição de emoção	62
2.2. A bipolarização da emoção: emoções positivas e emoções negativas	68
2.3. Emoções e personalidade	71
2.4. O traço de procura de sensações	75
2.4.1. Avaliação e dimensões do traço de procura de sensações	78
2.4.2. Efeito das diferenças individuais na procura de sensações	80
2.4.3. Procura de sensações e outras variáveis	83
Capítulo 3 – O Profissional Médico	86
3.1. O trabalho médico: breve referência ao exercício da medicina	87
3.2. O burnout na profissão de médico	89
3.2.1. Causas do burnout nos médicos	91
3.2.2. Manifestações do burnout nos médicos	98
3.2.3. O caso particular do burnout em médicos do serviço de urgência	100
3.3. Personalidade e emoções nos médicos	101
3.4. Prevenção do burnout nos médicos	105
Parte B – Estudo Empírico	111
Capítulo 4 – Metodologia	112
4.1. Objecto, objectivos e hipóteses	113
4.2. Instrumentos	114
4.3. Procedimento de recolha de dados	116
4.4. Codificação dos resultados	118
4.5. Caracterização da amostra	118
Capítulo 5 – Análise e discussão dos resultados	125
5.1. Análise descritiva	126
5.2. Análise comparativa	151
5.3. Análise correlacional	162
Conclusões	168
Bibliografia	176
Anexo: Apresentação do questionário	

Introdução

A Psicologia da Saúde considera o ser humano como um sistema complexo, desafiando a separação mente-corpo, tradicional no modelo biomédico, e compreendendo a doença como multi-causal, desencadeada pela combinação de múltiplos factores (biológicos, psicológicos e sociais) e não por um único factor (veja-se a este propósito o Modelo Biopsicossocial da Saúde e Doença, formulado por Engel, cit. in Ogden, 2000). O indivíduo é visto, assim, como um todo, reconhecendo-se que mente e corpo interagem, sendo que a avaliação e intervenção em Psicologia da Saúde tem as várias dimensões em conta. Introduce-se então o comportamento como uma variável importante na saúde e na doença, sendo o indivíduo já não um sujeito passivo, como outrora foi considerado, mas responsável pelo seu estado de saúde e, até certo grau, pelo próprio tratamento em situação de enfermidade (Ogden, 2000). Ao longo da sua vida, os indivíduos vão passando por vários níveis ao longo de um *continuum* dinâmico entre estado de saúde e estado de doença, numa progressão não linear, mas espiralada, interagindo constantemente com um meio em contínua mudança.

A Psicologia da Saúde interessou-se, assim, pelo conceito de saúde e pelos factores psicossociais associados, defendendo o comportamento como a principal variável a analisar no estudo da mortalidade e morbilidade das populações. Longe de ser uma vítima passiva da doença (segundo o modelo biomédico), o indivíduo é hoje visto como tendo uma quota-parte de responsabilidade pela sua saúde e pelas acções de promoção, prevenção e tratamento (Ogden, 2000). Está, assim, presente uma noção de intervenção ao nível individual e comunitário, da promoção e educação *da e para a* saúde, e ainda ao nível político. Podemos afirmar que o conceito de saúde é um conceito dinâmico que foi sofrendo evoluções ao longo dos tempos, reflectindo o conjunto de crenças, valores, conhecimentos, bem como o momento histórico-cultural de cada época (Pais-Ribeiro, 2005). A concepção de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) define-a como o estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença ou de incapacidade (WHO, 1948, cit. in, Pais-Ribeiro, 2005). Actualmente assiste-se à ampliação deste conceito para incluir o ambiente envolvente actual e também o futuro, integrando o conceito de sustentabilidade, numa perspectiva ecológica. Ao longo dos anos, deslocou-se a saúde de uma perspectiva individual para o colectivo e, mais ainda, para o global, envolvendo o conceito de qualidade de vida. Assim, a OMS passa a definir saúde como a extensão em que o indivíduo ou grupo é, por um lado capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro, de modificar/lidar com o meio que o envolve (WHO, 1986, cit. in Pais-Ribeiro, 2005). A saúde seria, assim, um *recurso* para a vida e não o *objectivo* de vida, visando-se, acima de tudo, uma melhor *qualidade de vida* (Pais-Ribeiro, 2005). É esta perspectiva transaccional que adoptaremos e que se reflecte nos vários conceitos que abordaremos neste trabalho.

À semelhança de muitos conceitos em Psicologia, o conceito de stress está embrenhado na linguagem do senso comum, o que quer dizer que significa muita coisa para diferentes pessoas. Mesmo dentro da linguagem científica, o stress tem sido conceptualizado por diversos autores através de várias definições. Tem sido um tópico de interesse de médicos, cientistas sociais, antropólogos, psicólogos e biólogos, entre outros.

O conceito de stress começou por ser utilizado na Física, significando dificuldade, exigência, adversidade, aflição. Posteriormente, o termo denotava força, pressão, grande esforço exercido sobre o material, objecto ou pessoa e o impacto dos agentes stressores sobre os materiais estava definido matematicamente. Esta ideia perpetua-se, de certo modo, na linguagem quotidiana, mantendo-se a ideia de *peso*, de *exigência externa* que actua sobre o Homem, nas suas dimensões biológica, social ou psicológica. A passagem para a Biologia fez-se progressivamente, desenvolvendo-se teorias explicativas muito diferentes das da Física. O estudo do stress nos organismos vivos data da passagem do século (Pais-Ribeiro, 2005).

Um dos primeiros modelos de stress foi desenvolvido por Cannon (1932, cit. in Ogden, 2000; Pais-Ribeiro, 2005; Vaz Serra, 1999) que começou a usar o termo relacionado com experiências da reacção de luta ou fuga (“figth or flight”), sugerindo que as ameaças externas suscitavam uma destas duas respostas, permitindo ao indivíduo respectivamente escapar-lhes ou lutar (Ogden, 2000). Parece ter sido o primeiro a utilizar o termo no contexto do processo homeostático (Pais-Ribeiro, 2005) considerando-se homeostasia a capacidade do organismo em se manter estável internamente apesar das modificações externas (Vaz Serra, 1999). Considerava que os stressores¹ eram “níveis críticos” de stress que actuavam como ameaças e que alteravam a homeostasia do indivíduo, ou seja, provocavam desequilíbrio (Pais-Ribeiro, 2005).

Qualquer discussão sobre o conceito de stress não poderá deixar de referir os trabalhos de Hans Selye, considerado por muitos autores como o pai da investigação sobre o stress. Selye publicou uma carta na Revista Nature, em 1936, (reproduzida na íntegra por Neylan, 1998) onde definiu o conceito de stress como uma resposta inespecífica do organismo a uma exigência externa, com o objectivo de assegurar a sua sobrevivência. Propôs a Síndrome Geral de Adaptação (SGA) que descreve três fases no processo de adaptação ao stress (Selye, 1950; Selye & Fortier 1953). A fase inicial, designada de *alarme*, descreve um aumento na actividade e é desencadeada após a exposição do indivíduo ao estímulo ameaçador. De imediato, ocorre a acção das forças defensivas, verificando-se, entre outras, o aumento da pressão arterial, respiração mais rápida, maior fluxo sanguíneo ao cérebro e o aumento da

¹ Uma vez que os conceitos de “stress”, “stressores” e acontecimentos “stressantes” estão amplamente difundidos na linguagem da Psicologia, optamos por usar estas expressões neste trabalho, sem as tentarmos traduzir.

tensão muscular, colocando o organismo pronto para a acção. A segunda fase é a *adaptação* ou resistência, que se traduz por uma certa adaptação aos estímulos, um certo reequilíbrio do organismo. Caso o agente estimulante permaneça em acção, ultrapassa-se a adaptação e entra-se na última fase, a *exaustão*, com o reaparecimento de todos os sintomas de prejuízo dada a permanente estimulação orgânica. Em casos extremos, pode culminar na morte.

Desta conceptualização percebe-se que nem todo o stress é necessariamente prejudicial. De facto, a resposta fisiológica de stress é a forma de o nosso organismo responder às mudanças, ameaças ou pressões que lhe são colocadas, externa ou internamente, por forma a readquirir o equilíbrio ameaçado e proteger-se de dano potencial. Há milhares de anos atrás, os indivíduos necessitavam desta resposta para sobreviverem e combaterem as numerosas ameaças físicas que pululavam nesse ambiente primitivo hostil. É uma das muitas formas de adaptação que permitiu ao Homem resistir e adaptar-se no mundo. Selye distingue entre stress bom, agradável, e que origina uma resposta adaptativa denominando-o de “eustress” (ex: ser promovido, receber um prémio, casar, etc.) e o mau stress, o que desencadeia uma resposta desadaptativa, de “distress”, sendo geralmente a este último a que nos referimos quando falamos de stress (Pais-Ribeiro, 2005). Nas profissões de saúde, a fase última do “distress” é denominada burnout (Frasquilho, 2005a).

Os estímulos desencadeadores de stress (doravante designados de stressores) podem constituir qualquer estimulação, interna ou externa, que seja susceptível de desencadear uma resposta fisiológica de stress, ou seja, que seja percebida como ameaçadora. A resposta de stress é iniciada por um stressor que pode ser desde a ameaça física, à ameaça à auto-imagem, ou um acontecimento de vida importante, um conflito interpessoal, prazos apertados para cumprir determinada obrigação ou a perda de alguém significativo, entre muitos outros. Contudo, o indivíduo não lhes responde passivamente, pois constrói a situação. A importância da avaliação cognitiva na mediação do impacto da acção do stressor é proposta por Lazarus e Folkman (1984) que chamam a atenção para que um estímulo só provocará stress se for *avaliado* pelo indivíduo como potencialmente perigoso. Para o presente trabalho interessa-nos sobretudo encarar o stress nesta linha transaccional, em que a pessoa e o meio estão envolvidos em interacções dinâmicas, recíprocas e bidireccionais (Folkman et al., 1986), sendo o stress considerado como um estado de desequilíbrio entre as exigências (internas ou externas) e as capacidades percebidas para lidar com estas.

De entre os vários stressores da vida quotidiana, o trabalho aparece como um elemento fundamental de análise. Indispensável para a sobrevivência do Homem moderno, com excepção de uma pequena minoria que não necessita dele para viver, o trabalho pode ser fonte de gratificações pessoais e profissionais mas também constituir uma poderosa fonte de stress,

que lentamente vai desgastando o indivíduo. O stress no trabalho tem repercussões muito importantes, sendo uma das causas que afecta o estado emocional do indivíduo e o seu humor, perturbando em consequência a vida familiar e social deste, e prejudicando-o na sua saúde física e psíquica (Vaz Serra, 1999). Também poderá ter efeitos negativos sobre a organização na qual o indivíduo trabalha, afectando o clima psicológico e traduzindo-se na insatisfação com o desempenho das tarefas, na baixa adesão aos objectivos organizacionais, nos atrasos de produção, no absentismo, nos acidentes de trabalho, nas mudanças de emprego e nas reformas antecipadas.

O stress ocupacional surge, assim, como resultado da interacção entre o trabalhador e as condições de trabalho, especificamente quando as exigências desta relação ultrapassam a capacidade do indivíduo para lidar com elas (Pais-Ribeiro, 2005). O conceito de stress no trabalho tem assim orientado muitas investigações da Psicologia da Saúde, especificamente, o stress no contexto das profissões de saúde. De facto, a teoria aponta para que o nível médio de stress nos profissionais dos serviços de saúde seja elevado (Moreno-Jiménez & Puente, 1999). No mundo profissional, os conceitos de stress e de burnout estão muito associados, nascendo ambos das tensões entre as exigências do meio e das capacidades do indivíduo em lhes responder. Efectivamente, o burnout tem sido cada vez mais conceptualizado pelos investigadores como uma reacção de stress (Cherniss, 1982a) e, neste sentido, consideramos no presente estudo o burnout como a fase final de uma situação de stress profissional crónico, que se apresenta em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal (Maslach, 1998; 2003; 2006; Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 1997).

Os indivíduos mais susceptíveis ao burnout são aqueles que entram para uma actividade profissional com muito idealismo e boas intenções, esperançosos e dedicados; gradualmente, com o passar do tempo, quando comprovam que não são apreciados, vão perdendo significado no que executam (Vaz Serra, 1999). As profissões dos serviços humanos e de saúde são vistas como congregando profissionais que iniciaram a profissão com valores elevados, vocacionados para o serviço, e cujo prolongado contacto intenso e emocionalmente carregado com utentes leva ao desgaste do profissional (Maslach, 2006; Maslach & Schaufeli, 1993). Dentro destas profissões, a norma prevalecente é de estar inteiramente disponível e colocar as necessidades dos outros em primeiro lugar, fazendo o possível, às vezes mais, para dar a melhor resposta ao objecto do cuidado. Além disso, os ambientes organizacionais que enquadram as profissões de serviço são moldados por várias conjunturas sociais, políticas e económicas (ex: cortes orçamentais) que interferem na sua vida profissional (Maslach, 2006).

De entre as profissões de saúde, o médico tem sido muito estudado, a nível psicológico e sociológico (Magalhães & Glina, 2006; Nogueira-Martins, 2003), dadas as

situações emocionalmente intensas que tem de enfrentar (Pines & Aronson, 1981). Por este motivo, suscitou-nos interesse aprofundar os conhecimentos nesta profissão de saúde, que socialmente é representada como detendo o poder de curar, tentando verificar até que ponto o burnout se manifestava nestes profissionais. Na revisão bibliográfica que realizamos foi visível a vulnerabilidade psicológica do médico, profissão onde podemos encontrar uma elevada prevalência de suicídio, depressão, problemas conjugais e profissionais (Frasquilho, 2005a; 2005b; Nogueira-Martins, 2003), pelo que o estudo da dimensão emocional se tornou também uma prioridade. Além disso, a Medicina aparece como uma área onde se podem encontrar profissionais com elevados níveis do traço procura de sensações (Eaddy, 1997; Zuckerman, 1994; 2007) definido como uma tendência de procura de sensações novas, variadas, complexas e intensas, associada à disposição para assumir riscos para alcançar essas experiências (Zuckerman, 1994; 2007). Como Pines e Aronson (1981) salientam, a curiosidade, a abertura à aprendizagem e a novas experiências, o envolvimento e a variedade promovem tendências no indivíduo que actuam contra o burnout, ou seja, lembram os profissionais daquilo que no trabalho e fora deste pode dar mais sentido à vida.

Neste sentido o presente estudo tomou como objecto a síndrome de burnout, bem como a sua relação com emoções, especificamente a “procura de sensações” (“*sensation seeking*”). Optamos por delimitar este objecto estudando-o em médicos que trabalham num Hospital do Grande Porto. Definimos como objectivos conhecer a prevalência da síndrome de burnout numa amostra de médicos, caracterizar as emoções experienciadas (especificamente a “procura de sensações”) e analisar a relação entre estas duas variáveis em função de dados sócio-demográficos.

Dada a evolução tecnológica do mundo moderno (onde as transformações e novos avanços da Medicina, Genética, Biologia e áreas afins se dão a um ritmo cada vez mais acelerado), pareceu-nos importante avaliar o burnout neste grupo de profissionais, constantemente sob o escrutínio público, com necessidade de se actualizarem continuamente e com a responsabilidade de não falharem. Esperamos com este trabalho perceber se a nossa amostra está em burnout, como este afecta a motivação e satisfação profissionais e se este relaciona com a procura de sensações, dentro da especificidade do contexto hospitalar. O interesse pelo estudo da incidência do burnout em médicos, prende-se não só com as manifestações desta síndrome a nível individual, mas sobretudo com as suas consequências sociais, uma vez que se repercute no relacionamento destes com os doentes e na satisfação e qualidade do seu desempenho profissional.

Para atingir os objectivos propostos, estruturamos este trabalho em duas grandes partes. Na primeira parte apresentamos o enquadramento teórico, começando no Capítulo 1 por

caracterizar o stress ocupacional e a sua relação com a síndrome de burnout. Descrevemos os principais modelos explicativos do burnout, suas causas e manifestações, tentando distingui-lo de conceitos afins e apresentando alguns estudos empíricos em termos de áreas profissionais. Terminamos com propostas de intervenção nesta síndrome, ao nível da prevenção e tratamento, bem como novas direcções no estudo deste fenómeno. No Capítulo 2 abordamos as emoções e a personalidade, apresentando algumas definições de emoção e relacionando-as com a personalidade e com o comportamento humano. Centraremos a abordagem na estrutura bi-factorial das emoções (positivas e negativas) e no traço de procura de sensações, dada a sua importância para o nosso estudo empírico. No Capítulo 3 focamos um pouco mais aprofundadamente a profissão de médico (população em estudo), especificamente relacionando-a com a predisposição para o desenvolvimento e manifestação do burnout, bem como características destes profissionais em termos de personalidade e emoções. Terminamos com algumas propostas para a prevenção do burnout especificamente dirigidas aos profissionais de Medicina.

Na segunda parte apresentamos o estudo empírico efectuado, e neste sentido, descrevemos no Capítulo 4 a metodologia utilizada bem como os procedimentos de recolha de dados. No Capítulo 5 apresentamos e discutimos os dados recolhidos junto de uma amostra de 88 médicos que trabalham em vários serviços de um Hospital da cidade do Porto. Terminamos com a apresentação de algumas conclusões, referindo ainda a bibliografia consultada e apresentando em Anexo o questionário construído propositadamente para este estudo.

Parte A

Enquadramento Teórico

Capítulo 1

A Síndrome de Burnout

“O local de trabalho, hoje, é um ambiente frio, hostil que exige muito, económica e psicologicamente. As pessoas estão emocional, física e espiritualmente exaustas. As exigências diárias do trabalho, da família e de tudo o resto corroem a energia e o entusiasmo dos indivíduos. A alegria do sucesso e a emoção da conquista estão cada vez mais difíceis de alcançar. A dedicação ao trabalho e o compromisso para com ele estão a diminuir. As pessoas vão ficando descrentes, mantendo-se distantes e tentando não se envolver demais.”

(Maslach & Leiter, 1997, p. 1)

Neste primeiro capítulo iremos definir o conceito do burnout, estabelecendo as diferenças entre burnout e conceitos afins, descrevendo ainda alguns dos principais modelos explicativos desta síndrome e abordando as suas causas. Terminaremos descrevendo algumas propostas de intervenção na síndrome de burnout.

1.1. Do stress ocupacional ao burnout: breve história do burnout

A actividade profissional do indivíduo descreve o estatuto social que detém, permitindo-lhe o acesso a determinadas actividades de lazer e cultura. Possibilita-lhe o acesso a certo nível de vida, a determinados contactos sociais e, frequentemente, estabelece a própria identidade do indivíduo, fortalecendo a sua auto-estima e sentido de auto-eficácia. Mas, da mesma forma que pode ser enriquecedor, o trabalho pode também ser fonte de stress, por motivos vários², desgastando gradualmente o profissional (Vaz Serra, 1999). Consideramos a definição de stress ocupacional como a “interacção das condições de trabalho com características do trabalhador de tal modo que as exigências que lhe são criadas ultrapassam a sua capacidade em lidar com elas” (Ross e Altmaier, 1994, cit. in Vaz Serra, 1999, p.474) definição que corresponde ao conceito transaccional de stress que adoptamos neste trabalho.

Existem consideráveis variações nas respostas dos indivíduos ao stress profissional. Alguns, alimentam-se da pressão, aprendem novas competências, comprometem-se mais e brilham na adversidade. Outros, tornam-se aborrecidos e ineficazes, desenvolvendo uma combinação de exaustão emocional, sentimento de ineficácia pessoal e indiferença às necessidades dos que estão a seu cargo. O stress ocupacional é um termo genérico que se refere a um processo de adaptação temporária que é acompanhado por sintomatologia mental e física (Schaufeli & Buunk, 2003). A última fase de um estado de stress ocupacional prolongado é designada de burnout (Schaufeli & Buunk, 2003). No mundo profissional, stress e burnout derivam frequentemente das mesmas causas, nascendo das tensões entre as exigências do meio e das capacidades do indivíduo em lhes responder adequadamente. No entanto, como veremos mais adiante neste capítulo, o burnout não se resume às reacções de tensão do indivíduo, ao esgotamento emocional, mas envolve aspectos sociais e auto-avaliativos (Truchot, 2004).

² De entre os factores que podem desencadear stress no trabalho podemos destacar os esquematizados por Vaz Serra, numa adaptação de Sutherland e Cooper (1990 cit. in Vaz Serra, 1999). No centro encontra-se o indivíduo com a sua personalidade, motivação, padrões de comportamento, capacidade de lidar com a mudança, entre outras, que interage com vários factores como as condições intrínsecas ao trabalho (ex: sobrecarga, más condições físicas do ambiente, pressões de tempo), as relações dentro da organização (ex: dificuldades com os colegas, com as chefias), o papel na organização (ex: ambiguidade/conflito de papel, não participação na tomada de decisão), carreira (ex: perspectiva de ascensão ou de promoção, insegurança), a estrutura e clima da organização (ex: supervisão ineficaz, políticas da empresa) e as relações da empresa com o exterior (ex: conflito trabalho/família).

Os primeiros estudos sobre o burnout, por se centrarem nas emoções, negligenciaram a investigação sobre o stress, naquele tempo fundamentalmente centrada nas cognições (Truchot, 2004). No entanto, dificilmente poderíamos falar de burnout sem mencionar o conceito de stress. De facto, o burnout é cada vez mais conceptualizado pelos investigadores como uma reacção de stress (Cherniss, 1982a), especificamente uma resposta ao stress ocupacional crónico (Maslach & Jackson, 1981).

A relação do indivíduo com o seu trabalho e as dificuldades que podem emergir quando essa relação se deteriora têm vindo a ser olhadas desde há muito tempo como um fenómeno muito significativo dos tempos modernos. O uso do termo burnout para descrever este fenómeno começou a aparecer regularmente nos Estados Unidos da América (EUA) nos anos 70, especialmente entre profissionais dos serviços humanos (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

A primeira referência ao conceito de “burnout” pode encontrar-se no romance de Thomas Man “Buddensbrooks”, datado de 1901, onde é narrada a decadência pessoal e familiar de um senador cujo apelido dá nome ao livro (Catsicaris, Eymann, Cacchiarelli & Usandivaras, 2007). Mais tarde, o romance de Graham Green de 1961 “A Burn-out Case”, pressagiou o uso popular do termo, no qual um arquitecto espiritualmente atormentado e desiludido desiste do seu trabalho e retira-se para a selva africana (Maslach, 2006; Maslach et al., 2001; Maslach & Schaufeli, 1993; Schaufeli & Buunk, 2003). O termo burnout é também encontrado em literatura mais antiga, onde são descritos fenómenos similares que incluem a fadiga extrema e a perda de idealismo e paixão pelo trabalho. Parece, assim, que a importância do burnout como um problema social foi identificada por trabalhadores e por analistas sociais muito antes de ser alvo de estudos sistemáticos por parte de investigadores (Maslach et al., 2001).

Do ponto de vista científico, o conceito de burnout surge pela primeira vez nos EUA na década de 70, introduzido por Freudenberger (1974), médico psiquiatra, e por Maslach (1976), investigadora na área da Psicologia Social, para explicar o processo de deterioração nos cuidados e atenção profissional aos utentes de organizações que prestam serviços (Bühler & Land, 2003; Gil-Monte, 2002, 2003; Schaufeli & Buunk, 2003; Truchot, 2004; Vaz Serra, 1999; Zamora, Castejón & Fernández, 2004). Freudenberger (1974; 1975), considerado geralmente como o pai fundador do burnout (Schaufeli & Buunk, 2003), decidiu estudar de forma sistemática os sintomas de esgotamento, decepção, perda de interesse e exaustão física e emocional manifestados por profissionais “normais”, que não apresentavam um quadro

psicopatológico prévio, e nos quais ele próprio se incluía. Empregou o termo “burn-out”³ para traduzir este estado particular de exaustão emocional, termo geralmente usado para caracterizar os efeitos do abuso crónico de drogas (Maslach & Schaufeli, 1993). Nas suas observações, Freudenberger percebeu que a maioria dos voluntários da instituição onde trabalhava⁴, um ano após iniciarem funções, apresentavam um decréscimo progressivo de energia até chegar ao esgotamento, bem como sintomas de ansiedade e de depressão, desmotivação profissional e agressividade para com os clientes (Freudenberger, 1974; 1975).

Os artigos científicos iniciais sobre o burnout foram escritos por Freudenberger e por Cristina Maslach e tinham por base as experiências de profissionais dos serviços humanos e de saúde, profissões onde o objectivo é fornecer ajuda e cuidados a pessoas necessitadas e que, como tal, caracterizam-se como estando mais sujeitas a stressores emocionais e interpessoais (Maslach et al., 2001). Os trabalhos de Maslach difundiram largamente este conceito, caracterizando-o como um problema cada vez mais frequente entre os trabalhadores dos serviços humanos, os quais, após meses ou anos de dedicação laboral, acabavam em situação de burnout, levando a uma deterioração da qualidade dos serviços/cuidados prestados (Maslach & Jackson, 1981). Assim, a investigação do burnout teve as suas raízes em profissões de cuidado e de serviço onde o aspecto central é a relação entre cuidador e beneficiário desse cuidado. Este contexto interpessoal do trabalho significava que o burnout era estudado, não tanto como uma resposta individual de stress, mas antes como consequência das interacções do indivíduo no seu local de trabalho. Este contexto interpessoal centrou então a atenção nas emoções do indivíduo e nas motivações e valores subjacentes ao seu trabalho com os outros (Maslach et al., 2001). Schaufeli (1999) sistematiza três conclusões essenciais que se podem retirar da história do burnout. A primeira é que este conceito emergiu primeiramente como um problema social e não como um constructo académico. Em segundo lugar, o burnout surgiu fortemente associado às profissões de trabalho com pessoas e, por último, as duas perspectivas iniciais do burnout coexistiram e desenvolveram-se mais ou menos independentemente: a perspectiva clínica de Freudenberger e a perspectiva de investigação social iniciada por Maslach. De facto, o primeiro centrou-se mais nos factores pessoais, preocupando-se com a avaliação, prevenção e tratamento, enquanto Maslach se centrou mais no ambiente profissional, dedicando-se à investigação e à teoria (Schaufeli & Buunk, 2003).

³ O termo original tal como foi definido por Freudenberger é *burn-out*. Retirou a definição directamente do dicionário já que o verbo “to burn-out” significa “to fail, wear out or become exhausted by making excessive demands on energy, strength, or resources” (Freudenberger, 1974, p.159). A designação actual do conceito é “burnout” e é a que utilizaremos neste trabalho.

⁴ Designadas “free clinics”.

A maior parte da investigação sobre o burnout, na fase inicial do conceito, foi essencialmente descritiva e de natureza qualitativa, usando técnicas como as entrevistas, estudos de caso e observações *in loco*. Este facto explica-se por, inicialmente, o grande interesse no burnout ter surgido em indivíduos que trabalhavam nos contextos e não tanto em investigadores académicos, já que os primeiros tinham mais probabilidade de sofrerem da síndrome e necessitavam de conhecê-la para intervirem (Maslach & Schaufeli, 1993; Schaufeli & Buunk, 2003). Nos anos 80, o trabalho sobre o burnout mudou para uma investigação empírica mais sistemática, de natureza mais quantitativa, usando questionários e inquéritos e recorrendo a amostras mais alargadas (Maslach et al., 2001). Foi uma fase em que se desenvolveram instrumentos de medida do burnout, sendo o Maslach Burnout Inventory (MBI), desenvolvido por Maslach e Jackson (1981), a escala que apresentou propriedades psicométricas mais fortes e que hoje em dia continua a ser a mais usada pelos investigadores (Maslach et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003). A partir da década de 80, a investigação sobre o burnout alarga-se a países fora dos EUA, já com o constructo operacionalizado e com instrumento de medida próprio (Maslach & Schaufeli, 1993).

Nos anos 80, o burnout passa, assim, a ser um dos enfoques específicos do estudo do stress entre os profissionais de saúde, especialmente segundo o modelo de Maslach e Jackson (Moreno-Jiménez & Puente, 1999). As autoras propõem o burnout como uma síndrome de stress crónico própria das profissões de ajuda e que exigem atenção intensa e prolongada a pessoas que estão numa situação de dependência (Maslach & Jackson, 1981; Moreno-Jiménez & Puente, 1999). É conceptualizado como uma síndrome psicológica que envolve uma resposta prolongada a stressores interpessoais no trabalho (Maslach, 2006). Como se verificou que era uma síndrome que afectava sobretudo profissões que assentam no trabalho com pessoas, foi inicialmente estudada nas profissões de saúde e ensino (Ramos, 2001).

Por esta breve história do conceito, facilmente se deduz que não é simples definir o burnout, tentando-se seguidamente apresentar a definição que iremos utilizar neste trabalho.

1.2. Definição de burnout

Maslach e Jackson (1981, p.99) definem o burnout como “a syndrome emotional exhaustion and cynism that occurs frequently among individuals who do ‘people work’ of some kind”. O burnout pode ser então definido como um estado de exaustão física, emocional e mental, causado pelo envolvimento duradouro em situações de elevada exigência emocional no local de trabalho (Maslach, 2003; Pines & Aronson, 1981). Estas exigências são geralmente causadas por uma combinação de expectativas muito elevadas e de stress situacional crónico (Pines & Aronson, 1981). Quando os indivíduos sentem que falharam em

realizar o trabalho da forma que tinham idealizado, deixando de derivar da profissão um sentido existencial para a sua vida, o resultado é o burnout que se define, então, como o estado final de um processo gradual de desilusão após a elevada de motivação e implicação iniciais (Pines, 2000).

Esta síndrome é considerada como “a mais insidiosa e trágica consequência do stresse no trabalho” Freitas (1999, cit. in Ramos, 2001, p.159) e “um importante barómetro de uma grande disfunção no local de trabalho” (Maslach & Leiter, 1997, p.21). Bühler e Land (2003) consideram mesmo que, em casos mais graves, a síndrome do burnout pode transformar-se numa depressão *major*. O burnout instala-se, assim, a partir de vivências de stress no trabalho, onde o indivíduo se confronta com o desfasamento entre as expectativas e as motivações pessoais e profissionais, e os recursos que o trabalho disponibiliza para as satisfazer (Maslach, 2003; Maslach & Leiter, 1997; Ramos, 2001). Para tentar contornar esta dificuldade, o indivíduo pode aumentar o investimento no trabalho, levando à sobrecarga e, eventualmente, ao aparecimento do burnout, à desistência, distanciamento emocional e cinismo, que vão emergindo à medida que o indivíduo se vai apercebendo que os seus esforços são infrutíferos (Ramos, 2001). Efectivamente, há maior probabilidade de o burnout se desenvolver quando há um desfasamento entre a natureza do trabalho e a natureza da pessoa que faz o trabalho (Maslach & Leiter, 1997), aparecendo quando se perde a razão que justifica determinado esforço/tarefa mais do que o resultado de uma sobrecarga de trabalho (Moreno-Jiménez & Puente, 1999). Neste sentido, Cherniss (1982a) considera o burnout como um sintoma da perda de compromisso social.

A definição de burnout de Schaufeli e Enzmann (1998) é considerada por Schaufeli e Buunk (2003), numa revisão de 25 anos de estudo sobre esta síndrome, como a mais sintética e, ao mesmo tempo, a que engloba as características do *estado* e do *processo* de burnout. Assim, o burnout pode ser entendido como um estado mental negativo, persistente, relacionado com o trabalho, que ocorre em indivíduos “normais”. Este é principalmente caracterizado pela exaustão, que é acompanhada por sofrimento, reduzida motivação e eficácia, e pelo desenvolvimento de atitudes ou comportamentos disfuncionais no trabalho. Esta condição psicológica desenvolve-se gradualmente, mas pode permanecer latente, não identificada pelo indivíduo, por um longo período, resultando de um desencontro entre as suas expectativas profissionais e a realidade. É também frequente que o burnout se auto-perpetue dado o uso de estratégias de coping inadequadas que geralmente se associam a esta síndrome (Schaufeli & Buunk, 2003; Schaufeli & Enzmann, 1998).

Para melhor compreendermos o que é o burnout, consideramos pertinente referir as manifestações e consequências do burnout, bem como as diferentes dimensões do burnout, a

sua avaliação e a distinção entre burnout e outros conceitos como por exemplo o stress ocupacional, a depressão e a satisfação no trabalho.

1.2.1. Manifestações e consequências do burnout

Os problemas resultantes do burnout podem ser de ordem interpessoal (como problemas familiares e sociais) ou de ordem pessoal, encontrando-se aqui as perturbações psicossomáticas, os problemas psicológicos (hostilidade, ansiedade, depressão) e os problemas de comportamento que afectam o rendimento no trabalho, como por exemplo o absentismo, atrasos, diminuição na qualidade do trabalho, etc. (Zamora et al., 2004). As manifestações do burnout são também visíveis a nível organizacional, pelo que dividimos a análise das consequências do burnout em dois níveis: individual e organizacional.

1.2.1.1. A nível individual

Para Freudenberger (1974; 1975), o estado de burnout manifestava-se por uma grande diversidade de sintomas, que variavam de pessoa para pessoa, quer em grau, quer no modo de expressão, ocorrendo em regra geral um ano após o início da profissão, altura em que vários factores começavam a interagir. Para Maslach e Jackson (1981), o burnout parecia estar também relacionado com numerosos indicadores auto-relatados de insatisfação pessoal, incluindo exaustão física, insónias, aumento do uso de álcool e drogas, problemas conjugais e familiares, etc., contribuindo para o abandono profissional, absentismo e baixa moral.

A síndrome de burnout faz-se então acompanhar de um aumento de sintomas de abatimento físico, sentimentos de incapacidade, desespero, desilusão e desenvolvimento de um auto-conceito negativo, assim como de atitudes negativas face ao trabalho (Pines & Aronson, 1981). Pode deteriorar a qualidade dos serviços prestados e parece estar relacionada com vários índices de sofrimento como exaustão física, insónia, aumento do consumo de álcool e drogas e problemas conjugais e familiares (Maslach & Jackson, 1981; Moreno-Jiménez & Puente, 1999). Freudenberger e Richelson (1980, cit. in Maslach & Schaufeli 1993) descrevem um conjunto de sintomas clínicos do burnout, incluindo a exaustão, afastamento, aborrecimento e cinismo, impaciência e irritabilidade elevada, sentimentos de onnipotência e a suspeita de não se ser apreciado, paranóia, desorientação, negação de sentimentos e queixas psicossomáticas. O burnout tem sido associado ao desempenho laboral deteriorado e a perturbações de saúde, como dores de cabeça, perturbações de sono, irritação, dificuldades conjugais, fadiga, hipertensão, ansiedade, depressão, enfarte de miocárdio, alcoolismo e toxicodependência (Spickard et al., 2002).

A literatura aponta para uma miríade de factores associados ao burnout, pelo que se torna difícil nomeá-los a todos. Schaufeli e Enzmann (1998) reuniram 132 sintomas, ainda

que afirmem que muitos derivem da observação clínica não controlada e da análise não estruturada de entrevistas. Schaufeli e Buunk (2003) agrupam os sintomas em cinco grandes categorias: afetivos, cognitivos, físicos, comportamentais e motivacionais. Benevides-Pereira (2002, cit. in Mallar & Capitão 2004) caracteriza a síndrome de burnout pela presença de sintomas:

- físicos - sensação de fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores musculares ou ósseas, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, perturbações do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres;

- psíquicos - falta de atenção e de concentração, alterações mnésicas, lentificação do pensamento, sentimentos de alienação, solidão, insuficiência, impaciência, desânimo, depressão, desconfiança;

- comportamentais - irritabilidade, agressividade, incapacidade em relaxar, dificuldade em aceitar mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco e aumento da probabilidade de suicídio;

- defensivos - tendência ao isolamento, sentimentos de onipotência, perda do interesse pelo trabalho ou pelo lazer, insónias e cinismo.

Independentemente da conceptualização de burnout, é unânime que ele emerge na fase final de um processo longo resultante da exposição do indivíduo a tensões laborais. Em relação aos critérios de diagnóstico do burnout, existe um certo consenso em considerar-se a presença de cinco elementos comuns: (i) predominância de sintomas disfóricos, como exaustão emocional, fadiga e depressão; (ii) predominância de sintomas mentais e comportamentais relativamente à sintomatologia física, sendo que o nível físico é também relevante; (iii) os sintomas são específicos de situações de trabalho; (iv) os sintomas podem manifestar-se em indivíduos que nunca sofreram perturbações psicológicas; (v) verifica-se uma diminuição da eficácia e rendimento no trabalho, como consequência de atitudes e comportamentos negativos (Maslach & Schaufeli, 1993; Schaufeli & Buunk, 2003).

Gil-Monte (2003) condensa em quatro grandes categorias as consequências do burnout. Em primeiro lugar, os indicadores emocionais como o uso de mecanismos de distanciamento emocional, sentimentos de solidão, de alienação, ansiedade, de impotência ou onipotência. Ou seja, a motivação intrínseca do profissional desaparece (Schaufeli & Buunk, 2003). Em segundo lugar, indicadores atitudinais como o desenvolvimento de atitudes negativas, cinismo, apatia, hostilidade. Em terceiro, indicadores comportamentais como a agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade. Por último, os indicadores somáticos, como alterações cardiovasculares (palpitações, hipertensão, etc.),

problemas respiratórios (crises de asma, falta de ar, etc.), problemas imunológicos (maior frequência de infecções, alergias, etc.), problemas sexuais, digestivos (úlceras, náuseas, diarreias, etc.), musculares (dores de costas, fadiga, etc.) e alterações no sistema nervoso (enxaquecas, insónia, etc.).

Truchot (2004) acrescenta o nível interpessoal dado que há consequências a nível da relação com os colegas, com superiores e com utentes, assim como uma deterioração da vida familiar e social. Vários estudos encontram um alastramento do burnout profissional para o casamento e do stress profissional para a família (Pines & Nunes, 2003; Truchot, 2004).

Relativamente a consequências a longo-prazo, Cherniss (1992) realizou um estudo longitudinal em 25 profissionais dos serviços humanos, medindo os níveis de burnout no primeiro ano das suas carreiras e, novamente, 12 anos depois. Verificou que os trabalhadores com maiores níveis de burnout no início da carreira tinham menor probabilidade de mudar de carreira e eram mais flexíveis no trabalho, parecendo sugerir que o burnout inicial não acarretaria consequências negativas significativas de longo-prazo. Colocou como hipótese que o burnout inicial tornaria os trabalhadores mais relutantes em mudar de carreira, para não terem de passar novamente pela mesma experiência negativa, ou os levaria a um maior investimento e compromisso com a profissão, dado o sofrimento por que passaram. Cherniss (1992) sugere mesmo que o burnout poderá ser um problema de curta duração e que os indivíduos que o experienciam podem recuperar sem qualquer intervenção. No entanto, o autor considera que as conclusões não podem ser generalizadas, dada a reduzida dimensão da amostra, sugerindo também que o burnout que surge a meio da carreira poderia ter consequências mais negativas e mais prolongadas.

1.2.1.2. A nível organizacional

O burnout deveria de ser alvo de preocupação por parte das organizações, pois afecta a qualidade da performance do trabalhador. Quando o indivíduo reduz o seu desempenho ao mínimo, em vez de dar o seu melhor, tende a fazer mais erros, ser menos cuidadoso e ser menos criativo na resolução de problemas (Maslach, 2006). Há indicadores para as organizações que permitem perceber se os indivíduos estão em burnout. Estes indicadores manifestam-se pela diminuição da qualidade assistencial, baixa satisfação laboral, absentismo laboral elevado, tendência ao abandono do posto de trabalho ou da própria organização, diminuição do interesse e esforço na realização de tarefas laborais, aumento de conflitos interpessoais com colegas, utentes e supervisores e, por último, uma diminuição da qualidade de vida profissional dos trabalhadores (Gil-Monte, 2003).

O burnout contribui para aumentar a insatisfação no trabalho e diminuir o compromisso para com este (Truchot, 2004), pelo que se manifesta também pelo comportamento do indivíduo no trabalho e associa-se à baixa pontualidade, ao absentismo, baixa produtividade, “job turnover” (Eaddy, 1997; Schaufeli & Buunk, 2003), dificuldade de trabalhar em grupo diminuição do nível de satisfação profissional, elevada mobilidade profissional, entre outras (Guevara et al., 2004).

1.2.2. Dimensões do burnout

Pelo que temos vindo a descrever, o burnout não é um conceito simples, podendo ser descrito com base em diferentes dimensões. Segundo o modelo multidimensional de Maslach e Jackson (1982, cit. in Maslach, 1998; 2006), existem três dimensões essenciais no burnout: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. De acordo com este modelo, o burnout é entendido como uma experiência individual de stress que se desenvolve num contexto complexo de relações sociais e que envolve a concepção do indivíduo sobre si mesmo e sobre os outros (Maslach, 1998).

A exaustão emocional representa a resposta basilar de stress (Maslach, 1998; 2006), estudada também noutras investigações sobre o stress, e manifesta-se por um estado de esgotamento emocional/psicológico e físico. Os indivíduos sentem-se cansados, exaustos, “esgotados”, privados dos seus recursos emocionais e físicos, sem energia para encarar as exigências do local de trabalho e sem fontes de recompensa profissional. É a primeira reacção ao stress causado pelas exigências do trabalho ou a grandes mudanças (Maslach & Leiter, 1997). As causas principais desta exaustão são a sobrecarga de trabalho e conflitos pessoais no trabalho (Maslach, 1998; 2006). Para alguns autores é a dimensão-chave da síndrome de burnout (Geurts, Schaufeli & De Jonge, 1998). No entanto, apesar de ser um critério necessário para o diagnóstico de burnout não é o único (Maslach, 2003; 2006) e não reflecte os aspectos fundamentais da relação que as pessoas estabelecem com o seu trabalho (Maslach et al., 2001).

A segunda dimensão é a despersonalização e caracteriza-se por uma atitude fria, excessivamente distante para com o trabalho e para com as pessoas do trabalho. Representa a componente interpessoal do burnout (Maslach, 1998; 2006). Os indivíduos minimizam o seu envolvimento na profissão e abandonam os seus ideais (Maslach & Leiter, 1997). Sentem que já não possuem recursos emocionais (Ramos, 2001), reagindo negativamente ou com grande distanciamento e frieza aos colegas e aos vários aspectos do trabalho (Maslach, 2003; 2006). A investigação tem revelado uma correlação significativa entre a exaustão e despersonalização em várias organizações e locais de trabalho (Maslach, 2003; Maslach et al.,

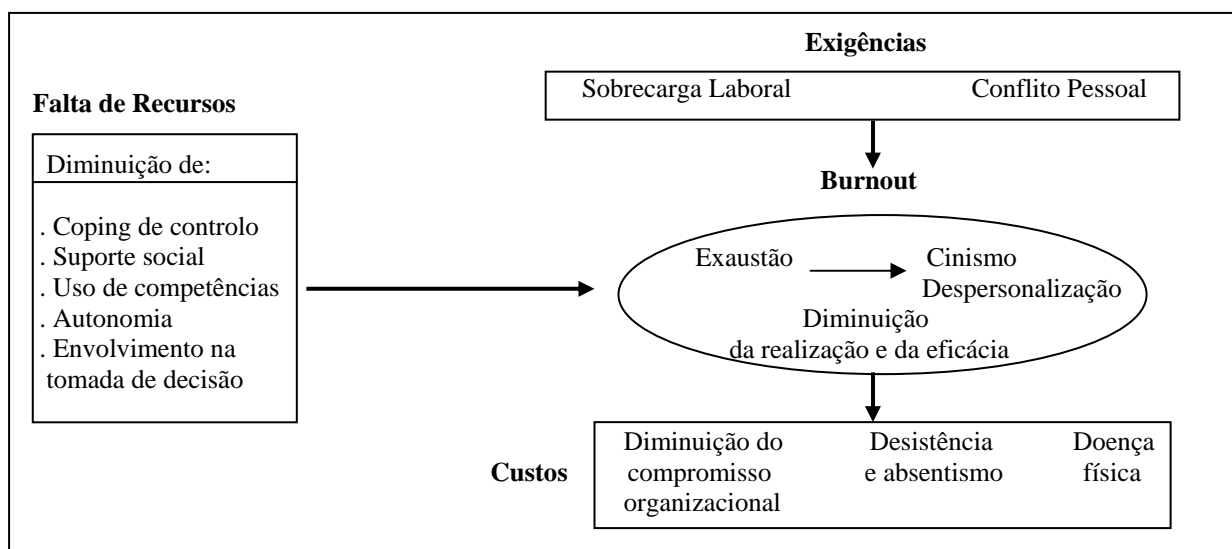
2001), pensando-se que a despersonalização surja como uma resposta à exaustão emocional excessiva, funcionando primeiramente como uma auto-defesa, como uma espécie de indicador desse distanciamento (Geurts et al., 1998; Gil-Monte, 2003; Maslach, 2006; Maslach & Schaufeli, 1993). Ou seja, balancear a compaixão pelos clientes com o distanciamento emocional é visto como uma forma de os indivíduos se resguardarem da intensidade emocional que poderia interferir negativamente com o seu desempenho profissional. A despersonalização é vista então como uma tentativa de colocar alguma distância entre si próprio e os utentes, ignorando conscientemente as qualidades destes como pessoas. Torna-se mais fácil atender às necessidades dos utentes se os considerarem como *objectos* do seu trabalho. No entanto, um desequilíbrio nesse balanceamento, através do distanciamento excessivo e pouca preocupação, parece levar a respostas frias e desumanizadas (Maslach et al., 2001; Pines & Aronson, 1981) ou à assunção de formas de tratamento humilhante e de falta de respeito para com os utentes (Gil-Monte, 2003). Além disso, se as pessoas estão a trabalhar demais, tendem a abrandar e a reduzir as tarefas para se auto-preservarem mas, com o tempo, corre-se o risco de que esse distanciamento possa resultar na perda de idealismo e na desumanização de outros, desenvolvendo uma reacção negativa às pessoas e ao trabalho (Maslach, 2006). Independentemente de lidarem com pessoas, a sua performance laboral pode ser traduzida na frase “como aguentar o dia, ser pago e sair daqui?” (Maslach, 2006, p.38). Por outras palavras, os trabalhadores com níveis altos de despersonalização diminuem o tempo que passam no local de trabalho e reduzem a energia que investem na profissão. Continuam a desempenhar as suas tarefas, mas reduzem a sua performance ao mínimo, diminuindo, em consequência, a qualidade do seu desempenho profissional (Maslach, 2006).

A terceira e última dimensão é a reduzida realização pessoal, que representa a componente de auto-avaliação do burnout (Maslach, 2006). É caracterizada por um sentimento crescente de ineficácia profissional, onde cada novo projecto ou tarefa é sentido como demasiado exigente (Maslach, 2006; Maslach & Leiter, 1997). Este sentimento crescente de falta de eficácia é exacerbado pela ausência de recursos profissionais assim como pela falta de suporte social e de oportunidades de desenvolvimento profissional. Os indivíduos pensam “o que estou a fazer? Porque estou aqui? Talvez este não seja o trabalho certo para mim” (Maslach, 2006, p.38). Estes sentimentos podem levar a uma imagem negativa, de si próprio e dos outros (Maslach, 2006). Energia, envolvimento e eficácia são, assim, opostos directos às três dimensões do burnout (Maslach & Leiter, 1997).

O modelo tridimensional do burnout contextualiza socialmente a experiência individual de stress e tem sido encontrado consistentemente em vários estudos com várias

amostras profissionais e em diferentes países (Maslach, 1998; Schaufeli et al., 2002). Segundo este modelo, as dimensões estão inter-relacionadas, sendo que a exaustão crónica pode levar ao distanciamento emocional e cognitivo do indivíduo do seu trabalho, de tal maneira que eles se tornam menos envolvidos, ou menos responsivos, às necessidades dos outros ou às exigências do trabalho (Figura 1). Em relação à baixa realização pessoal, esta aparece como uma consequência da exaustão, ou da despersonalização, ou de uma combinação das duas. Ou seja, é difícil que o indivíduo se sinta realizado quando se sente exausto ou quando tem de ajudar pessoas pelas quais sente hostilidade. Noutros contextos, a realização reduzida desenvolve-se em paralelo com a outras duas dimensões, em vez de sequencialmente (Leiter, 1993, cit. in Maslach, 1998; Schaufeli & Buunk, 2003).

Figura 1 – O Modelo do Burnout (Maslach, 1998)



Numa perspectiva diferente, o modelo de burnout de Golembieski e colaboradores (1986, cit. in Leiter, 1991; Maslach, 1998; Schaufeli & Buunk, 2003) preconiza que as diferentes dimensões emergiam simultaneamente, embora não de forma independente, resultando em oito padrões ou fases diferentes de burnout (o designado “Phase-Model”). Estes autores propõem uma progressão sequencial na emergência destas dimensões ao longo do tempo, sendo que o aparecimento de uma precipitaria o imediato desenvolvimento de outra. Nesta proposta, a despersonalização seria a primeira fase do burnout, seguida da reduzida realização pessoal e finalmente da exaustão emocional, ao contrário do que propõem Maslach e Leiter (1997), onde a exaustão emocional seria a primeira dimensão a emergir, conduzindo à despersonalização e, conseqüentemente, à diminuição da realização pessoal. Além disso, a despersonalização é uma reacção de tal forma imediata à exaustão que a investigação encontra uma forte correlação entre as duas dimensões nos mais variados contextos profissionais (Maslach et al., 1996, cit. in Maslach, 1998).

Para Gil-Monte, Peiró e Valcárcel (1998, cit. in Gil-Monte, 2002) o processo do burnout inicia-se com o desenvolvimento de ideias sobre a falha profissional e de atitudes negativas face ao papel profissional (falta de realização pessoal no trabalho) juntamente com sentimentos de se sentir emocionalmente esgotado (exaustão emocional) e, posteriormente, os indivíduos formariam sentimentos e atitudes negativas face às pessoas com quem trabalham (atitudes de despersonalização). Este modelo pressupõe, assim, uma alternativa teórica e empírica a outros modelos elaborados para explicar o desenvolvimento do processo de burnout, afirmando Gil-Monte (2002) que foi validado empiricamente por outros estudos.

Moreno-Jiménez e colaboradores (2006) chamam a atenção para o actual consenso alargado que considera a realização pessoal no trabalho mais como um factor independente do que como uma dimensão interna da síndrome, aparecendo como uma consequência do desgaste profissional ou como um mediador próximo do constructo da auto-eficácia conceptualizado por Bandura. Efectivamente, Buunk e Schaufeli (1993) hipotetizam que a realização pessoal poderia ser considerada um recurso de coping que permite ao indivíduo lidar eficientemente com sentimentos de exaustão. González-Romá e colaboradores (2006) salientam que a realização pessoal tem sido vista como reflectindo uma característica da personalidade e não tanto como constituindo uma componente genuína da síndrome de burnout. Já Schaufeli e Enzamn (1998) referem que essa característica de personalidade seria mais da ordem da auto-eficácia do que uma reacção ao stress profissional. Truchot (2004) conclui que não existe ainda uma posição definitiva sobre o lugar ocupado pela realização pessoal na síndrome de burnout. Para Schaufeli e Van Dierendonck (1993, cit. in Van Dierendonck et al., 1994) a despersonalização e a reduzida a realização pessoal constituem aspectos separados do burnout, enquanto para Schaufeli e Enzmann (1998) a despersonalização seria vista como uma forma de coping disfuncional.

1.2.3. Avaliação do burnout

Como referimos já, a maior parte investigação inicial sobre o burnout foi descritiva na sua essência, de metodologia mais qualitativa. Nos anos 80, o trabalho sobre o burnout adoptou uma metodologia mais quantitativa, tornando-se mais sistemática a investigação empírica, recorrendo-se a questionários dos quais o Maslach Burnout Inventory (MBI, de Maslach & Jackson, 1981) é o mais usado (Leiter, 1991; Maslach et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003). De facto, de acordo com Schaufeli e Enzmann (1998) o MBI tem sido aplicado em mais de 90% dos estudos sobre o burnout em todo o mundo, conferindo-lhe o estatuto de monopólio neste campo. Schaufeli (1999) considera que este primado da utilização do MBI

levou a que a conceptualização do burnout seja equivalente à forma como é medido, isto é, o burnout será aquilo o que o MBI mede.

Nos anos 90 a fase empírica conheceu novas direcções, como o alargamento do conceito de burnout a ocupações fora do âmbito dos serviços humanos e da educação (ex: tecnologias informáticas, militares, administradores, membros do clero). Existem já três versões do MBI, desenvolvidas para serem usadas com diferentes profissões. A versão original foi concebida para os serviços humanos e designa-se MBI-Human Services Survey (MBI-HSS); a segunda foi desenvolvida para profissionais de contextos educativos MBI-Educators Survey (MBI-ES); a terceira versão é mais genérica e é usada em variadas profissões, não só nas que lidam directamente com pessoas, designa-se MBI-General Survey (MBI-GS) (Maslach, 1998). Actualmente estão a ser desenvolvidos novos instrumentos na Europa que pressupõem uma reconceptualização da síndrome de burnout, como o Copenhagen Burnout Inventory (CBI) cuja última versão avalia o burnout em três dimensões relacionadas com aspectos pessoais do paciente e do trabalho: “personal burnout”, “work-related burnout” e “client-related burnout” (Kristensen et al., 2005). O Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) inclui somente duas dimensões, a exaustão e a falta de compromisso com o trabalho (“disengagement from work”) e o questionário espanhol para a avaliação do burnout (“Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo”) propõe ainda a perda e a “ilusão” como elemento integrante da síndrome (Moreno-Jiménez et al., 2006). Além disso, em Espanha estão a desenvolver-se instrumentos de avaliação de burnout para populações específicas contendo itens relativos às profissões dos sujeitos a estudar (Moreno-Jiménez et al., 2002).

1.2.4. Relação entre burnout e outros conceitos

O burnout tem sido equiparado a vários outros conceitos, como por exemplo insatisfação profissional, stress, fadiga crónica, ansiedade, esgotamento, entre outros, todos padecendo de uma definição ambígua (Schaufeli & Buunk, 2003). Os maiores exemplos desta ambiguidade são os conceitos de stress, depressão (Schaufeli, 1999; Schaufeli & Buunk, 2003) e de insatisfação com o trabalho. De facto, grande parte da discussão inicial sobre o burnout fez-se em torno da sua validade discriminante, ou seja, até que ponto o burnout poderia ser considerado como um fenómeno autónomo, diferente de outros constructos estabelecidos, especificamente da depressão e da satisfação no trabalho (Maslach, 1998). Melo, Gomes e Cruz (1999) defendem que a investigação sobre o burnout continua a levantar a questão de saber se este conceito pode ou não ser entendido como distinto de outros conceitos como o stress ocupacional, depressão ou insatisfação com o trabalho.

Pela sua pertinência teórica, abordaremos a relação entre o burnout e o stress ocupacional, depressão e satisfação com o trabalho.

1.2.4.1. Burnout e stress ocupacional

Stress e burnout são conceitos muito próximos e de difícil diferenciação. Schaufeli (1999) e Schaufeli e Buunk (2003) argumentam que o stress ocupacional refere-se a um processo temporário de adaptação que é acompanhado de sintomas mentais e físicos, enquanto o burnout pode ser considerado como a fase final do fracasso nessa adaptação, que é resultante de um desequilíbrio prolongado entre exigências e recursos. Para Maslach e Schaufeli (1993) o burnout é considerado como um prolongamento do stress ocupacional, resultando de um processo de longa duração, em que o trabalhador sente que os seus recursos para lidar com as exigências estão já esgotados. Baseando-se no modelo de Selye (1950) a propósito da Síndrome Geral de Adaptação, vários autores consideram que o stress profissional seria a adaptação bem sucedida enquanto o burnout seria a consequência da falha na adaptação. Por outras palavras, stress e burnout partilhariam sintomas semelhantes e só seriam distinguidos com base no processo (Maslach & Schaufeli, 1993), sendo o burnout uma síndrome multidimensional. Para Moreno-Jiménez e Puente (1999) e para Schaufeli (1999) o burnout seria a última fase de um estado de stress crónico. Maslach (2006) reformula que enquanto a resposta aguda de stress aparece como reacção a acontecimentos críticos, o burnout é uma reacção cumulativa a stressores laborais contínuos. A atenção foca-se no processo de erosão psicológica e nas consequências psicológicas e sociais desta experiência crónica e não tanto nas consequências físicas.

Assim, stress e burnout apresentam diferenças qualitativas, nomeadamente o facto de o stress poder desaparecer mediante um determinado período de repouso (ex: durante um período de férias), enquanto o burnout é relativamente estável ao longo do tempo (Maslach, 2006). Schaufeli e Van Dierendonk (1993) demonstraram empiricamente a validade discriminante do burnout com os sintomas genéricos e mentais do stress profissional usando o MBI.

Igualmente, o burnout não se identifica só com a sobrecarga de trabalho, uma vez que não é o excesso de tarefas, por si, que o desencadeia; da mesma forma, um trabalho com pouco stress mas que seja desmotivador, pode provocar burnout. Assim, o burnout não seria um processo associado ao estado de fadiga mas sim à desmotivação emocional e cognitiva subsequente à perda dos interesses que num determinado momento foram importantes para o indivíduo (Moreno-Jiménez & Puente, 1999). Além disso, o burnout é acompanhado de atitudes e comportamentos disfuncionais para com os utentes (despersonalização), o trabalho

e a organização, enquanto o stress profissional não se faz acompanhar destes comportamentos (Schaufeli, 1999; Schaufeli & Buunk, 2003). Para Schaufeli e Buunk (2003) qualquer indivíduo está sujeito a stress e pode experienciá-lo, enquanto o burnout associa-se mais a indivíduos mais idealistas, entusiastas, com expectativas elevadas para a profissão, ocorrendo entre indivíduos com uma motivação inicial elevada.

1.2.4.2. Burnout e depressão

O burnout e a depressão são conceitos caracterizados pelos mesmos sintomas disfóricos Schaufeli (1999). Neste sentido, Millan (2007), numa atitude algo provocadora, considera mesmo que se se atentar nas três dimensões básicas do burnout (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal), todos os sintomas que caracterizam cada uma estão presentes na depressão e que o facto de ser o trabalho o desencadeador do burnout não justifica, por si só, a criação de um novo conceito. Critica assim Maslach por ter dado um novo nome a um conjunto de sintomas que caracterizavam os profissionais que se dedicavam ao cuidado das outras pessoas, ainda que valorize todo o trabalho desenvolvido considerando-o como de muito contributo para a melhoria da qualidade do serviço desses profissionais.

No entanto, apesar de o burnout e a depressão partilharem algumas características (ex: a exaustão emocional parece assemelhar-se à tristeza e fadiga características da depressão) o primeiro ocorre claramente como consequência do trabalho enquanto que a depressão é “livre de contexto” (Bakker et al., 2000a; Maslach & Schaufeli, 1993; Schaufeli, 1999; Schaufeli & Buunk, 2003). A depressão seria assim um fenómeno mais global e generalizado do que o burnout e estes dois constructos teriam etiologias e consequências desenvolvimentais diferentes (Meier, 1984, cit. in Bakker et al., 2000a). Truchot (2004, p.202) propõe o burnout como uma espécie de “depressão profissional”. Freudenberger (1982, cit. in Maslach & Schaufeli, 1993) argumenta que a depressão (reactiva) é mais acompanhada por sentimentos de culpa e letargia enquanto o burnout ocorre geralmente no contexto de raiva, sendo os indivíduos mais vigorosos nas suas queixas, apresentando mais sentimentos de desapontamento e de injustiça. Schaufeli (1999) acrescenta que o burnout é acompanhado de atitudes e comportamentos disfuncionais específicos que tipicamente não são encontrados na depressão e Hillhouse, Adler e Walters (2000) verificaram uma associação entre depressão e burnout, especificamente o relacionado com o cliente, em médicos na formação de especialidade.

Maslach (1998) salienta que toda a investigação realizada para o desenvolvimento do MBI leva a concluir que o burnout se distingue da depressão e da ansiedade, ainda que estando relacionado com estes dois constructos. Maslach e Schaufeli (1993) e Schaufeli e

Enzmann (1998) confirmam a forte relação da depressão com a dimensão exaustão emocional do burnout, e uma menos forte relação entre depressão, despersonalização e realização pessoal, o que lhes permite afirmar a validade do modelo multidimensional do burnout e que este conceito ultrapassa a mera experiência de exaustão. Leiter e Durup (1994, cit. in Maslach, 1998) demonstraram a distinção de burnout e depressão através da análise factorial do MBI e do Inventário da Depressão de Beck (BDI), concluindo que o primeiro era um problema específico do local de trabalho enquanto a depressão tendia a estender-se por vários domínios da vida do indivíduo, sendo independente do contexto. No entanto, investigações subsequentes viriam a confirmar que os indivíduos mais vulneráveis à depressão (revelado por altos scores de neuroticismo) são mais propensos ao burnout (Maslach et al., 2001). Além disso, Schaufeli e Buunk (2003) referem investigações que apontam no sentido de, em determinadas circunstâncias, o burnout poder levar à depressão mas não ao contrário. Similarmente, Truchot (2004) confirma a correlação positiva entre burnout e depressão mas contrapõe que a aplicação das duas escalas (MBI e BDI) a uma mesma amostra faz emergir factores específicos para os itens do burnout e para os da depressão. Bakker e colaboradores (2000a) corroboram empiricamente, em professores, a validade discriminante do burnout e depressão, confirmando-os como conceitos relacionados mas distintos, comprovando também a estrutura tri-factorial do MBI.

Concluindo, embora relacionados, especialmente no que diz respeito à exaustão emocional, há evidência empírica que demonstra a não equivalência total de burnout e depressão.

1.2.4.3. Burnout e satisfação no trabalho

Brewer (1998, cit. in Brewer & Clippard, 2002) define satisfação no trabalho simplesmente como o grau em que o indivíduo gosta do seu trabalho. A relação entre satisfação no trabalho e burnout dois conceitos não é livre de controvérsia, uma vez que existem estudos com resultados contraditórios. Os autores têm salientado que a investigação indica uma relação inversa entre burnout e satisfação no trabalho (Brewer & Clippard, 2002; Maslach, 1998; Maslach & Schaufeli, 1993). No entanto, a natureza dessa relação não seria clara, não se sabendo se a baixa satisfação no trabalho seria uma consequência do burnout ou se, pelo contrário, a primeira origina a segunda, ou ainda que ambas sejam consequências de uma terceira variável como, por exemplo, as más condições de trabalho (Maslach, 1998; Maslach & Schaufeli, 1993).

Segundo o modelo multidimensional de Maslach, verificam-se correlações negativas entre a satisfação no trabalho e as dimensões do burnout exaustão emocional e

despersonalização, e positivas, ainda que baixas, entre a satisfação no trabalho e a realização pessoal. No entanto, outros estudos sugerem que a realização pessoal e a satisfação constituem apenas um factor (Maslach & Schaufeli, 1993). Truchot (2004) refere também as correlações significativas encontradas entre medidas de insatisfação no trabalho e burnout. Embora as duas variáveis estejam altamente correlacionadas, não podem ser vistas como sendo o mesmo conceito (Maslach & Jackson, 1981). Assim, para Brewer e Clippard (2002) a satisfação no trabalho parece ser uma mais resposta atitudinal ao trabalho, enquanto o burnout surge como uma resposta emocional.

1.3. As causas do burnout

O burnout atinge principalmente profissões de ajuda, onde a matéria-prima do trabalho são as pessoas (Maslach & Schaufeli, 1993; Pines & Aronson, 1981). O trabalho contínuo com pessoas que estão em sofrimento, psicológico, social e/ou físico, pode causar stress crónico e ser emocionalmente desgastante, contribuindo para o risco de burnout (Maslach & Jackson, 1981), afectando profissionais dos serviços humanos como médicos, enfermeiros, psicólogos, etc. Para Pines e Aronson (1981) e Pines (2000) a principal causa do burnout parece residir na necessidade humana de acreditarmos que a nossa vida tem sentido e que o nosso trabalho é importante, útil e pode fazer a diferença. Se a pessoa sente que falha, tenderá a apresentar burnout. Além disso, um aspecto importante é o desenvolvimento de atitudes e sentimentos negativos para os clientes, muitas vezes considerando-os como algo merecedores dos problemas que os afectam, o que parece estar relacionado com a exaustão emocional (Maslach & Jackson, 1981).

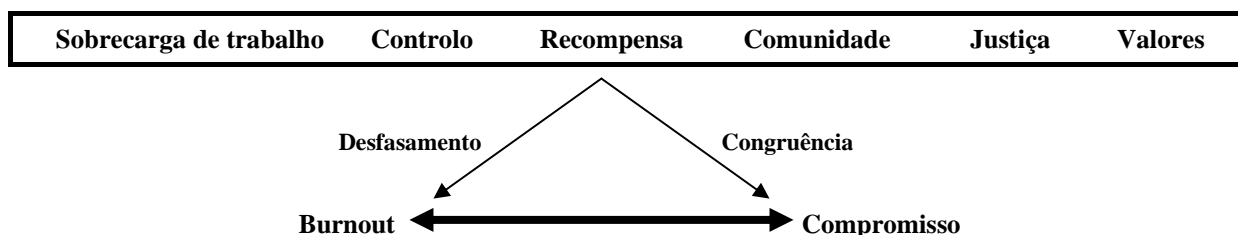
Não se começa a actividade profissional com sentimentos de burnout. Inicia-se com entusiasmo, energia, prontidão para despende tempo e esforço nas tarefas profissionais. Para Moreno-Jiménez e Puente (1999), o burnout tem, assim, um carácter insidioso, ou seja, não aparece depois de um ou mais episódios de sobrecarga ou de especial dificuldade, mas vai-se gerando gradualmente, sem que o indivíduo se aperceba, evoluindo lentamente do entusiasmo à decepção, através de um contínuo. Freudenberg (1974) alude ao facto de serem justamente os profissionais mais dedicados e mais comprometidos com o trabalho os mais propensos a desenvolver burnout.

Quanto maior o desfasamento entre a pessoa e o trabalho, maior é o risco de burnout (Maslach & Leiter, 1997). Maslach (1998) refere a existência de uma nova perspectiva nesta abordagem, em que a noção de desfasamento ou disparidade é enquadrada em termos de vários constructos que podem ser comparados entre o trabalhador e o trabalho (ex: valores e expectativas profissionais) permitindo uma melhor avaliação do indivíduo dentro do contexto

organizacional. Além disso, enquanto anteriormente se conceptualizava que a congruência entre a pessoa e o trabalho predizia determinadas consequências (como comprometimento, satisfação, performance e permanência no trabalho), o novo modelo hipotetiza que o burnout é um importante mediador nesta ligação causal, ou seja, o desfasamento leva ao burnout que por sua vez origina vários resultados (Leiter, 1991; Maslach, 1998). Para Leiter (1991) o burnout pode ser visto, assim, como um indicador da extensão em que o trabalho, no contexto organizacional, enfraqueceu o sentido de auto-eficácia do indivíduo.

Maslach e Leiter (1997) elencam, assim, seis fontes de burnout: sobrecarga de trabalho, controlo, comunidade, recompensa, justiça e valores (Figura 2). Consideram que não é apenas numa área que pode ocorrer o desfasamento entre o indivíduo e o trabalho, mas nas seis. Se em cada uma a natureza do trabalho não está em harmonia com a natureza da pessoa, o resultado é o aumento das componentes de exaustão, cinismo e ineficácia do burnout. Por outro lado, quando existe uma paridade, o resultado provável é o compromisso no trabalho⁵. Assim, cada área relaciona-se diferentemente com o burnout e com o compromisso (Maslach, 1998).

Figura 2 – Seis áreas do ajustamento pessoa-trabalho (Maslach, 1998)



A sobrecarga de trabalho é talvez a indicação mais óbvia da *décalage* entre o indivíduo e o trabalho: muito para fazer, em pouco tempo e com poucos recursos. Ocorre quando as exigências do trabalho excedem as limitações humanas. Também pode ocorrer quando se sente que se está no “trabalho errado”, quando o indivíduo não tem recursos ou apetência para determinado trabalho ou também quando é exigido que mostrem emoções incongruentes com os seus sentimentos (Maslach, 2006; Maslach et al., 2001). Quando esta se torna uma conjuntura profissional crónica, restam poucas oportunidades para descansar, recuperar e restabelecer o equilíbrio (Maslach, 1998). A sobrecarga é geralmente a componente que mais se relaciona com a dimensão exaustão emocional do burnout (Maslach, 2006; Maslach et al., 2001).

⁵ No original “job engagement” – considerado como o constructo oposto ao burnout (Maslach et al., 2001). Falaremos deste conceito mais à frente neste capítulo.

A falta de controlo no próprio trabalho, o não envolvimento nas decisões respeitantes à sua prática profissional é também outro indicador. Ocorre quando há políticas profissionais muito rígidas ou monitorização excessiva, ou quando as condições de trabalho são caóticas (Maslach, 1998). Associa-se geralmente à dimensão de reduzida realização pessoal (Maslach et al., 2001) e a maiores níveis de stress (Maslach, 2006). Várias investigações revelaram que o burnout se associa a estilos de gestão autoritários (Moreno-Jiménez & Puente, 1999) dado que, como afirmam Maslach e Leiter (1997, p.12), “mechanical management leads to mechanical performance”. Os indivíduos não têm autonomia para resolver os seus problemas, fazer as suas próprias escolhas e contribuir para alcançar os resultados pelos quais serão responsabilizados mais tarde (Maslach, 1998), ou seja, a responsabilidade que têm excede a autoridade que possuem (Maslach et al., 2001).

Um terceiro indicador de desfasamento é, para estes autores, quando a pessoa sente que não obtém a recompensa justa pelo seu trabalho, quando não é reconhecida, quer financeiramente, quer socialmente, quando o seu esforço é desvalorizado ou ignorado pelos outros, quando não se orgulha no trabalho que realiza e não lhe atribui valor nem se empenha. Esta falta de reconhecimento desvaloriza quer o trabalho quer os trabalhadores. O salário é um exemplo de recompensa externa; no entanto, o desajustamento nas recompensas internas como, por exemplo, o orgulho em fazer algo de importante e em fazê-lo bem, pode desempenhar também um papel fulcral neste desfasamento (Maslach, 1998; Maslach et al., 2001). A falta de recompensa está directamente relacionada com sentimentos de ineficácia (Maslach et al., 2001) e com a baixa moral dos profissionais (Maslach, 2006).

A perda de uma ligação positiva com os outros no contexto de trabalho, a ausência de sentimento de comunidade é outro importante factor a considerar no aparecimento do burnout. As relações laborais amistosas e apoiantes facilitam o trabalho e tornam-no mais agradável (Leiter, 1991). Por vezes, o trabalho isola as pessoas mas noutras emerge o conflito que, se não é resolvido, vai-se acumulando, tornando-se crónico e sendo destrutivo das relações de trabalho. Aumentam os sentimentos de frustração, raiva, ansiedade, desrespeito e suspeição, que destroem o sentimento de suporte social, diminuindo a probabilidade de ajuda entre colegas em situações de dificuldade (Maslach, 1998; Maslach & Leiter, 1997; Maslach et al., 2001). Várias investigações revelaram que o apoio dos supervisores e o apoio social do grupo associam-se a melhores níveis de burnout (Moreno-Jiménez & Puente, 1999).

A falta de justiça e de respeito entre colegas que trabalham juntos é fatal para o bom ambiente de trabalho e para o sentimento de comunidade. Por exemplo, quando há acentuadas diferenças salariais e na distribuição das tarefas, quando há deslealdade ou quando as avaliações ou promoções não são conduzidas de forma transparente, perde-se a confiança

numa organização que não demonstra equidade no tratamento dos trabalhadores (Maslach, 1998; Maslach & Leiter, 1997). A falta de justiça agrava o burnout de duas formas: se por um lado, a experiência de ser tratado injustamente é emocionalmente desgastante, por outro, a injustiça vai alimentando um sentimento de cinismo para com o local de trabalho (Maslach, 2006; Maslach et al., 2001).

Por último, os conflitos de valores que ocorrem quando há um conflito entre os requisitos da profissão e os princípios e valores do indivíduo (Maslach, 1998; 2006; Maslach & Leiter, 1997). No caso dos médicos, a população escolhida para o nosso estudo, podemos exemplificar com a interrupção voluntária da gravidez, onde um profissional tem a possibilidade de invocar o estatuto de *objecção de consciência* para não entrar em conflito com valores pessoais. Os conflitos de valores também podem ocorrer quando as aspirações pessoais não acompanham os valores da organização, ou quando a qualidade de atendimento esbarra na contenção de custos da organização. Um exemplo do tipo de pensamento/comentário do profissional em conflito de valores pode ser “este trabalho está a corroer a minha alma” (Maslach, 2006, p.46).

Estas seis áreas de desajustamento não são totalmente independentes e podem relacionar-se entre si. A investigação deverá procurar aprofundar se existem áreas mais importantes do que outras na predição do burnout, ou se há um número mínimo de desfasamentos ou da grandeza do desfasamento para originar o burnout (Maslach, 1998). Investigações mais recentes têm sugerido que a área dos valores pode desempenhar um papel central como mediadora das outras áreas. Outra possibilidade, é que o peso que cada indivíduo dá a cada uma das seis áreas possa reflectir uma diferença individual importante. Por exemplo, alguém que considera a recompensa como o mais importante, pode ser mais afectado pela insuficiência nessa área do que pelo conflito de valores (Maslach et al., 2001). Esta abordagem enfatiza a qualidade social do burnout, postulando que tem mais a ver com as características da organização do que com as características únicas do indivíduo (Maslach, 1998), enfatizando a importância de olhar para a pessoa no contexto e em termos da congruência com os domínios chave da vida profissional (Maslach, 2006; Maslach et al., 2001). Além disso, este modelo demonstra como o burnout é mediador do impacto dos stressores laborais nas consequências do stress. Os desajustamentos (stressores) nas seis áreas não têm consequências imediatas (ex: mau desempenho) mas levam à experiência de burnout, que por sua vez originam várias consequências pessoais e profissionais (Maslach, 2006).

Para Maslach (2003) as três dimensões do burnout associam-se de diferentes maneiras às variáveis do contexto de trabalho. Assim, a exaustão emocional e a despersonalização tendem a emergir da sobrecarga de trabalho e do conflito social, enquanto a baixa realização

peçoal emerge mais claramente da falta de recursos (ex: informação, tempo, materiais, etc.) para desempenhar o trabalho com qualidade. Também altos níveis de conflito peçoal tendem a associar-se a altos níveis de exaustão emocional, assim como baixos níveis de conflitos são fortes preditores de baixa exaustão (Maslach, 1998). A realização peçoal elevada associa-se a relações interpessoais de apoio, ao aumento de competências profissionais e à participação activa na tomada de decisão partilhada (Maslach, 1998).

Na literatura sobre o burnout encontram-se como principais fontes as variáveis organizacionais, principalmente aquelas relacionadas com o desempenho no posto de trabalho. No entanto, existem também variáveis mediadoras desta síndrome, agrupadas em várias categorias: variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, etc.), variáveis de personalidade (neuroticismo, locus de controlo, etc.), estratégias de coping e suporte social (Zamora et al, 2004). A nível empírico, o burnout, e particularmente a exaustão emocional, aparecem associados a muitas variáveis, incluindo factores de personalidade, stressores laborais e resultados individuais e organizacionais (Schaufeli, 1999). Abordaremos seguidamente as variáveis individuais e as variáveis situacionais.

1.3.1. Variáveis individuais e burnout

Como se explica que as mesmas condições de trabalho originem maiores níveis de burnout nuns indivíduos do que noutros? Os indivíduos experienciam níveis de burnout distintos e reagem diferentemente a essa experiência porque as pessoas são diferentes, únicas e têm experiências anteriores díspares (Pines & Aronson, 1981). Este aspecto faz-nos presumir a influência de factores individuais, como a personalidade (Bühler & Lang, 2003). O burnout é uma consequência de factores stressantes ao nível organizacional, mas não pode prescindir-se da influência moderadora das variáveis individuais. Apesar deste interesse em identificar algumas variáveis individuais chave na predição do burnout, Maslach (1998) refere que nenhuma emergiu de forma consistente ao longo das várias investigações. Além disso, as correlações com o burnout não são fortes como com as variáveis situacionais, o que sugere que estamos perante um fenómeno mais social do que individual (Maslach et al., 2001). Referimos seguidamente algumas das variáveis individuais mais estudadas.

1.3.1.1. Variáveis sociodemográficas e burnout

A literatura tem descrito factores de risco para o desenvolvimento de burnout entre os quais se encontram indivíduos jovens, mulheres, solteiros ou sem companheiro estável, trabalhadores de turnos laborais de maior duração, assim como factores de personalidade como pessoas idealistas, optimistas, com expectativas altruístas elevadas, desejo de prestígio e maiores ganhos económicos (Guevara, Henao & Herrera, 2004). Numa revisão da literatura,

Eaddy (1997) salienta diferenças consistentes na incidência do burnout relativamente ao sexo e a idade, sendo mais vulneráveis os trabalhadores mais jovens, solteiros e indivíduos sem filhos, em relação a indivíduos mais velhos, casados e com filhos. Maslach (2003) refere a tendência do burnout ser mais elevado em solteiros, relativamente a casados e em jovens profissionais, relativamente a profissionais mais experientes.

Por outro lado, e relativamente às variáveis sociodemográficas, Moreno-Jiménez e Puente (1999) referem que a maioria das investigações revela uma ausência de relação destas variáveis com o burnout, em qualquer das suas dimensões específicas. Factores como a idade, estado civil, anos de profissão, turno de trabalho e outras variáveis semelhantes não teriam influência no burnout. Apesar disso, os autores salientam que a idade ou experiência no trabalho parecem constituir um período sensível de incubação do burnout, sendo quase consensual que a maior vulnerabilidade ao burnout aparece nos primeiros anos da carreira profissional, onde acontece uma transição das expectativas idealistas desenvolvidas durante a formação para o mundo real da prática quotidiana, de forma que o jovem profissional começa a tomar consciência de que as recompensas pessoais, profissionais e económicas que recebe não são as esperadas.

Relativamente ao sexo, importa salientar o conflito de papéis como um dos aspectos causadores de stress nas mulheres na tentativa de conciliação da vida profissional e familiar. Este conflito dá-lhes a ideia de que estão a falhar nos dois domínios e, para algumas mulheres, torna-se a principal causa de burnout (Pines & Aronson, 1981). Estes autores referem vários estudos que apoiam a tese de que as mulheres experienciam maiores níveis de burnout do que os homens. As mulheres tendem a trabalhar mais em casa do que os homens, a sentir-se mais exaustas emocionalmente e a experienciar mais culpa e ansiedade por não cumprirem os seus deveres tão completamente como desejariam. Mallar e Capitão (2004) e Bauer (2006) confirmaram estas diferenças de género em estudos em professores do ensino especial e do secundário, respectivamente, assim como Magalhães e Glina (2006) em médicos de um hospital público. Maslach e Jackson (1981) referem que as mulheres tendem a apresentar scores mais altos do que os homens na subescala de exaustão emocional em frequência e intensidade, enquanto os homens apresentam maiores níveis de despersonalização. Estes resultados são encontrados também em vários estudos na revisão da literatura feita por Bakker, Demerouti e Schaufeli (2002), por Gil-Monte (2002) e por Agut, Grau e Beas (2000). Gomes e Cruz (2004) salientam que as mulheres estariam expostas às mesmas fontes de stress que os homens e, além destas, a fontes de stress específicas e únicas de pressão em relação aos colegas homens (por exemplo, preconceitos profissionais, discriminação nas políticas administrativas e na progressão na carreira, isolamento social e conflitos entre carreira e vida

doméstica). A este respeito, Moreno-Jiménez e Puente (1999) referem que as mulheres médicas teriam um factor de stress acrescido pela dupla actividade que teriam de realizar e Nogueira-Martins (2002) acrescenta que as mulheres médicas, que actualmente constituem quase a metade do total de profissionais médicos, ainda sofrem preconceitos, obstáculos familiares e sociais para exercer a profissão. No entanto, os níveis de satisfação laboral das mulheres seriam geralmente mais elevados do que os dos colegas homens (Moreno-Jiménez & Puente, 1999). Esta diferença, pequena mas consistente, é a única encontrada de forma mais ou menos estável nos vários estudos, mas pode estar relacionada com estereótipos de género (os homens seriam mais instrumentais e as mulheres mais emocionais, segundo Agut et al., 2000) ou pode também reflectir a confusão entre sexo e profissão (por exemplo, os polícias são tendencialmente homens e as enfermeiras são tendencialmente mulheres, segundo Maslach et al., 2001).

Num estudo que relacionava variáveis sociodemográficas com o burnout, Maslach e Jackson (1985) obtiveram dados que contrariam a hipótese de que as mulheres seriam mais sujeitas ao burnout do que os homens. De facto, elas obtiveram melhores resultados, ainda que a diferença não fosse significativa, o que sugeriu às autoras que o sexo do indivíduo não seria um aspecto principal no desenvolvimento do burnout. Vários estudos encontram resultados semelhantes, outros resultados contrários e outros ainda não encontram diferenças (Maslach et al., 2001), o que parece suportar essa afirmação.

Outra variável apontada como diferenciadora do burnout é o estado civil. Maslach e Jackson (1981), Guevara e colaboradores (2004) e Bauer (2006) constataram que profissionais solteiros e divorciados experienciavam maiores níveis de burnout do que os casados, especificamente na subescala exaustão emocional. Além disso, os solteiros tendem a apresentar resultados mais elevados do que os divorciados (Maslach et al., 2001). Maslach e Jackson (1985) verificaram que funcionários casados ou que tinham filhos experienciavam menores níveis de burnout. A “qualidade” do casamento também entra em linha de conta, já que quando o casamento é percebido como feliz e apoiante, os indivíduos tendem a lidar melhor com as situações stressantes do trabalho, estando mais protegidos do burnout, da mesma forma que casamentos infelizes ou em ruptura, provocam níveis de stress que têm um efeito negativo que se repercute no trabalho (Pines & Aronson, 1981).

De todas as variáveis sociodemográficas estudadas, a idade é a que se associa de forma mais consistente ao burnout (Maslach, 2006; Maslach et al., 2001). Maslach e Jackson (1981) constataram que os indivíduos mais novos apresentavam maiores níveis de burnout do que os mais velhos. As autoras, baseando-se em investigações anteriores, apresentam como possível explicação para este dado a maior probabilidade do burnout ocorrer nos primeiros

anos da prática profissional, o que pode indicar que se os indivíduos não conseguirem ultrapassar estas dificuldades, poderão abandonar a profissão. Assim, os indivíduos mais velhos podem muito bem ser aqueles que conseguiram lidar com sucesso com a situação de burnout nos primeiros anos das suas carreiras (Maslach, 2006; Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 2001). Esta correlação é corroborada por outros estudos (Bakker et al., 2002; Eaddy, 1997; Feliciano et al., 2005; Guevara et al., 2004; Magalhães & Glina, 2006; Mallar & Capitão, 2004; Spickard et al., 2002). Relativamente à nossa população em estudo, Moreno-Jiménez e Puente (1999) referem que os médicos em formação são um grupo especialmente sujeito ao stress, dado que fizeram uma transição de estudante a profissional com responsabilidades, sem terem tido a necessária preparação emocional. São por isso, vulneráveis a níveis mais elevados de ansiedade, depressão, hostilidade e instabilidade emocional. Sobre as especificidades da expressão do burnout nesta população, falaremos no Capítulo 3 deste trabalho.

O nível de escolaridade alto reporta maiores níveis de burnout do que os de baixa escolaridade. Não é muito claro a interpretação deste dado, pois relaciona-se com a profissão exercida e o estatuto profissional, sendo que educação mais elevada está habitualmente ligada a maiores responsabilidades e mais stress. Pode também originar expectativas mais elevadas para o seu trabalho, ressentindo-se mais da não realização das mesmas (Maslach et al., 2001).

1.3.1.2. Personalidade e burnout

A personalidade é considerada consensualmente como uma estrutura relativamente estável que influencia a forma como o ser humano reage perante acontecimentos da vida. Os indivíduos tendem a ser relativamente consistentes na forma como enfrentam os problemas e lidam com situações de stress, o que leva a pensar que a personalidade, ou pelo menos alguns dos seus traços, sejam importantes na maneira como o indivíduo se comporta (Vaz-Serra, 1999).

Há estudos (Bakker et al., 2006; Moreno-Jiménez & Puente, 1999) que propõem que as variáveis próprias do burnout estão altamente associadas a algumas das cinco variáveis propostas pelo modelo dos cinco factores de personalidade, conhecido como “The Big Five” de McCrae e Costa (1999), que seriam: Extroversão (auto-confiança, comunicação, energia, dominância, optimismo) vs Introversão; Agradabilidade (cooperação, altruísmo, lealdade, generosidade) vs Hostilidade; Cuidado/Meticulosidade (organização, sentido prático, responsabilidade) vs Falta de Cuidado; Estabilidade emocional vs Neuroticismo (nervosismo, instabilidade, emoção, descontentamento); e Intelecto/Autonomia vs Abertura à Experiência (imaginação, criatividade, curiosidade). Assim, por exemplo, a exaustão emocional e a

despersonalização estariam fortemente ligados ao neuroticismo (Langelaan et al., 2006; Maslach, 2003; Moreno-Jiménez & Puente, 1999). Schaufeli (1999) menciona também a relação entre neuroticismo e burnout, apresentando a dimensão exaustão emocional como a mais fortemente relacionada. Este autor considera que os indivíduos neuróticos tendem a ser emocionalmente mais instáveis e a perceber o ambiente laboral como ameaçador, o que os predispõe para o sofrimento psicológico, daí que o neuroticismo possa actuar como um factor de risco para a experiência de burnout. Neste sentido, Langelaan e colaboradores (2006) acrescentam que o neuroticismo pode exacerbar os efeitos das exigências profissionais no burnout, tendendo estes indivíduos a experienciar maior exaustão face a problemas quotidianos.

Outros trabalhos citados por estes autores apontam para que o burnout estaria associado a variáveis como a falta de assertividade, baixa auto-estima, dependência e pouca implicação. Bakker e colaboradores (2006) encontraram no seu estudo com “counselors” voluntários numa instituição com doentes terminais de cancro dados que suportam a ideia de que a exaustão emocional seria predita unicamente pela estabilidade emocional, a despersonalização seria predita pela estabilidade emocional, extroversão e intelecto/autonomia e, por último, a realização pessoal seria predita pela extroversão e estabilidade emocional. Além disso, verificaram que alguns dos factores básicos de personalidade mediavam a influência das experiências avaliadas como negativas pelo sujeito e o burnout, sugerindo-se que a personalidade poderia proteger o indivíduo do risco de desenvolvimento desta síndrome. Por seu lado, Zellars e colaboradores (2004) verificaram que a extroversão predizia significativamente a diminuição da componente de realização do burnout, e o neuroticismo predizia significativamente as componentes de exaustão e despersonalização. Além disso, relacionando com as emoções, verificaram que os humores positivos mediavam a relação entre a extroversão e realização, enquanto os humores negativos mediavam parcialmente o neuroticismo e a exaustão.

Se as investigações provam que determinadas características negativas da personalidade favorecem o aparecimento de burnout, também se tem demonstrado que há algumas características tipicamente positivas que podem ser também suas fontes. Assim, os indivíduos mais entusiastas, mais idealistas e com maior nível de implicação pessoal no seu trabalho são os que apresentam maior risco de entrar em burnout (Moreno-Jiménez & Puente, 1999). Schaufeli (1999), Schaufeli e Buunk (2003) e Maslach e colaboradores (2001) adoptam a classificação junguiana associando-a ao burnout, afirmando que indivíduos de tipo

“sensitivo” (“feeling types”)⁶ teriam uma maior predisposição para o burnout do que os do tipo “pensador” (“thinking types”), especialmente para a despersonalização, por serem mais caracterizados pela preocupação e atenção às pessoas em vez de serem mais orientados para o sucesso e tendendo a negligenciar outros, como os “thinking types”. Os primeiros estariam mais representados em profissões de cuidados de saúde, e os segundos no mundo empresarial, o que poderia explicar a alta prevalência de burnout nas profissões de saúde (Maslach et al., 2001; Pines & Aronson, 1981; Schaufeli, 1999). Maslach (cit. in Moreno-Jiménez & Puente, 1999) defende três factores pessoais como determinantes na génese do burnout: o desejo de marcar a diferença perante o outro e de obter resultados tangíveis, o trabalhar muito próximo à dor e ao sofrimento e, por fim, as relações negativas com os colegas.

A literatura refere, também, um tipo de personalidade associado à melhor resposta ao burnout, e mais adaptativa face situações de stress que seria a personalidade resistente ou resiliente (“hardiness”) conceptualizada por Kobasa (Kobasa, 1982; Mallar & Capitão, 2004; Moreno-Jiménez, 1999; Ramos, 2001; Roger & Abalo, 2004; Schaufeli, 1999; Vaz-Serra, 1999). Caracteriza-se por uma implicação pessoal no tipo de trabalho em que se está envolvido, a convicção no controlo e gestão das contingências e sucessos da vida quotidiana e do trabalho, e a preferência pela mudança e pelas situações de desafio pessoal. Na génese da personalidade resistente ao stress estariam em jogo três dimensões essenciais: compromisso, controlo e desafio (Kobasa, 1982). Indivíduos com este tipo de personalidade consideram as situações de stress como um desafio e uma oportunidade de crescimento pessoal. A este respeito, Maslach e colaboradores (2001) e Schaufeli e Enzmann (1998) referem que indivíduos com baixos níveis de “hardiness” apresentam níveis de burnout mais elevados, particularmente na dimensão exaustão emocional. Vários estudos relacionam este tipo de personalidade à resistência ao burnout em profissões de saúde, como por exemplo o de Roger e Abalo (2004) e na profissão docente, como o de Mallar e Capitão (2004). No entanto, há estudos que não encontram a existência deste conceito, pelo que não há ainda uma conclusão que seja considerada definitiva em relação a este tipo de personalidade (Vaz-Serra, 1999).

O burnout parece ser também mais elevado em indivíduos com locus de controlo externo, que atribuem a causa dos acontecimentos a outros poderosos ou ao acaso, do que indivíduos com locus de controlo interno, que atribuem a si mesmos, ao seu esforço ou competência, essas causas (Maslach et al., 2001). Também, o burnout tende a relacionar-se tipicamente com baixa auto-estima e estilo de coping de evitamento (Schaufeli, 1999).

⁶ Indivíduos com necessidade de afiliação, desejo de harmonia e capacidade de serem calorosos (Schaufeli & Buunk, 2003).

Apesar dos vários estudos realizado no âmbito da personalidade, Maslach (1998) considera que não existem variáveis de personalidade fundamentais que possam prever o burnout. Considera ainda que esta ausência de relação significativa pode derivar da falta de teoria relevante, uma vez que não tem existido um bom modelo conceptual para hipotetizar quais as variáveis individuais que poderão ser mais preditivas do burnout e por que razão.

1.3.1.3. Emoções e burnout

O contágio emocional tem sido demonstrado empiricamente por variados estudos e pode ser definido como a tendência inconsciente de mimar de forma automática e sincronizada, expressões faciais, postura, vocalização, movimentos e comportamentos do interlocutor, de forma a convergir emocionalmente (Hatfield et al., 1994, cit. in Bakker & Schaufeli, 2005; Schaufeli & Buunk, 2003). Este contágio pode ocorrer também através de um processo cognitivo consciente, através da “sintonização” das emoções dos outros, por exemplo, quando os indivíduos tentam imaginar como se sentiriam na posição do outro e, como consequência, experienciam os mesmos sentimentos. Vários autores salientam o lado contagioso do burnout, na medida em que a perda de auto-estima profissional e o questionamento das próprias tarefas leva frequentemente à formação de grupos com características parecidas que são, em si mesmos, um factor de precipitação e aceleração de um burnout generalizado no meio laboral (Bakker, Le Blanc & Schaufeli, 2005; Bakker et al., 2000b; Bakker et al., 2001; Maslach, 2006; Maslach et al., 2001; Moreno-Jiménez & Puente, 1999; Schaufeli & Buunk, 2003; Truchot, 2004). Pode levar ao desenvolvimento de atitudes mais ou menos claras de sabotagem face a iniciativas de melhoramento e de mudança organizacional, levando a um clima social de desvinculação e uma moral grupal de derrotismo e abandono. Há estudos que confirmam o lado contagioso do burnout em diferentes profissões, como por exemplo médicos de clínica geral (Bakker et al., 2001), professores (Bakker & Schaufeli, 2000b) e enfermeiras de unidades de cuidados intensivos (Bakker et al., 2005). Verificaram que os indivíduos mais susceptíveis ao burnout eram os que, regra geral, eram mais susceptíveis a estímulos emocionais e os que comunicavam mais frequentemente sobre problemas de trabalho. Além de contagioso, o burnout pode assim perpetuar-se ao longo das interacções informais no trabalho (Maslach et al., 2001), pois pressupõe-se que os trabalhadores tendem a envolver-se em comparações sociais e a comunicar com os colegas de modo a relacionar as suas próprias experiências laborais com outros em posições similares (Geurts et al., 1998). Truchot (2004) acredita que a despersonalização e a realização pessoal são as dimensões mais influenciáveis pelo processo de transmissão consciente. Por outro lado, considera também que as emoções negativas são mais facilmente transmissíveis do que as

positivas, o que prediria o contágio dos sintomas do burnout. Finalmente, o burnout pode ainda “contagiar” o ambiente familiar e conjugal (Maslach, 2006; Pines & Aronson, 1981).

São características emocionais do burnout a frustração e a raiva. Medo e ansiedade são outras emoções negativas que contribuem para o burnout. No entanto, para Maslach e Leiter (1997) o burnout não se caracteriza somente pela presença de emoções negativas, mas também pela ausência de emoções positivas (fonte de dedicação e motivação laborais). Quando há uma erosão das emoções positivas de tal forma que não conseguem contrariar/atenuar as negativas, instala-se o cinismo, a hostilidade e o desinvestimento e “o copo passa a estar sempre meio vazio” (Maslach & Leiter, 1997, p.28).

A emoção não marca somente a transformação do compromisso no trabalho para o burnout, mas medeia este processo. As emoções formam-se no contacto com o mundo e moldam as respostas do sujeito a este. Constituem o meio de tradução dos eventos exteriores para dados pessoais. No entanto, não são algo somente do foro privado, uma vez que afectam o meio social do indivíduo. Maslach e Leiter (1997) consideram as emoções como *experiências sociais*, quer na sua origem, quer nos seus efeitos. A expressão de emoções negativas do burnout no local de trabalho gera um desgaste nas relações sociais, pois hostilidade gera hostilidade, iniciando-se um ciclo de desajustamento laboral. Para estes autores, as emoções constituem uma chave para a compreensão da emergência do burnout e a falta de entrosamento entre o trabalhador e o local de trabalho.

A teoria da equidade de Adams (1965, cit. in Geurts et al., 1998; Truchot, 2004) tem sido também estudada na sua relação com o burnout. O estabelecimento de relações sociais recíprocas desempenha um papel fundamental na existência humana e é essencial para a saúde e bem-estar do indivíduo (Schaufeli & Buunk, 2003). Quando os trabalhadores percebem uma falta de reciprocidade na sua relação de trabalho pode resultar em burnout e intenção de abandonar o trabalho, ou mesmo em abandono efectivo. A falta de reciprocidade nas relações laborais, ao nível interpessoal e ao nível organizacional pode levar ao burnout (Schaufeli & Buunk, 2003). Isto é muito comum em profissionais dos serviços humanos, pois têm muitas vezes expectativas laborais irrealistas (Cherniss, 1980, cit. in Geurts et al., 1998). Quando estas expectativas elevadas colidem com a realidade, os profissionais, especialmente os jovens, podem experienciar uma insatisfação das suas expectativas de reciprocidade. Aqui o processo subjacente ao burnout e à intenção de abandono do trabalho é considerado uma reacção à percepção da injustiça na relação laboral, sendo um estado motivacional adverso que o indivíduo tentará reduzir. O abandono do trabalho, temporário ou efectivo, será assim uma forma de tentar reduzir a desigualdade (Geurts et al., 1998).

De acordo com a perspectiva existencial (Pines, 2000; Pines & Nunes, 2003), as raízes do burnout encontram-se na necessidade das pessoas em acreditarem que as suas vidas têm sentido e que as coisas que fazem são importante e úteis. Os indivíduos escolheriam profissões que gratifiquem necessidades não satisfeitas na infância, que lhes permitam replicar experiências significativas da infância e/ou que actualizem sonhos e expectativas profissionais transmitidas por herança familiar. O que significa que as expectativas ao entrar na profissão são altas e quando sentem que falham, quando o trabalho repete o trauma infantil em vez de o curar, instala-se o burnout (Pines, 2000; Pines & Nunes, 2003).

As novas direcções na investigação têm-se focado explicitamente nas variáveis emocionais do trabalho (por exemplo, a necessidade de suprimir ou expressar emoções no trabalho ou a necessidade de ser emocionalmente empático) tendo-se vindo a descobrir que os factores emocionais contribuem para a variância adicional nos resultados de burnout em relação aos stressores laborais (Zapf et al., 2001 cit. in Maslach et al., 2001).

1.3.1.4. Coping e burnout

Coping pode ser traduzido literalmente como “adaptação”, “confronto” ou “resposta”. Consideramos como coping os esforços cognitivos e comportamentais para responder a exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como desgastando ou excedendo os recursos do indivíduo (Folkman et al., 1986; Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984). Designam-se geralmente por coping as estratégias para lidar com o stress (Vaz-Serra, 1999), ou seja, são “os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com o stress psicológico” (Lazarus, 1993, p.237). O coping não é, assim, um traço de personalidade, mas um estado, um processo, pois refere-se a atitudes, pensamentos e comportamentos que as pessoas assumem em determinados momentos perante situações específicas. Exige um esforço, uma gestão das situações (Pais-Ribeiro, 2001), não sendo uma actividade automática.

A perspectiva actual postula uma interligação entre personalidade e coping, acreditando-se que o coping é fortemente influenciado pelas características do indivíduo, especificamente, pelos traços de personalidade. Crê-se, assim, que existem modos preferidos de coping em função da personalidade, o que aparenta ser uma aproximação à teoria dos *estilos de coping*. Cada indivíduo adoptaria uma estratégia de coping preferencial de acordo com a situação (Truchot, 2004). Defende-se que os indivíduos possuiriam um conjunto de estratégias que manteriam mais ou menos estáveis através do tempo e situações e seria o uso repetido de determinadas *estratégias* de coping que originaria o *estilo* de coping (Pais-Ribeiro, 2005). Se o processo de coping funcionar de modo ideal, com efeitos positivos imediatos e a longo prazo, pode falar-se em efeitos adaptativos. É um sistema dinâmico e circular, onde os

resultados podem influenciar as variáveis antecedentes (Pais-Ribeiro, 2005). Lazarus (1993) considera que ambas as abordagens do coping como processo e como estilo são essenciais, já que abordam diferentes ângulos do problema.

A literatura aponta para uma relação entre burnout e coping (Maslach, 1998; Pines & Aronson, 1981; Pinto, 2000; Pinto, Lima & Silva, 2000; Pinto, Silva & Lima, 2005; Schaufeli, 1999; Schaufeli & Buunk, 2003; Schaufeli & Greenglass, 2001; Truchot, 2004; Zamora et al, 2004) e especificamente, o uso de estratégias de coping de controlo ou centradas no problema previne o desenvolvimento do burnout enquanto as estratégias de fuga, evitamento ou centradas na emoção facilitam o seu desenvolvimento (Greenglass & Burke, 2002; Leiter, 1991; Pines & Aronson, 1981; Schaufeli, 1999; Tamayo & Tróccoli, 2002; Zamora et al, 2004). Boyle e colaboradores (1991) verificaram que o coping focado na emoção estava positivamente relacionado com burnout. Para Etzion e Pines (cit. in Tamayo e Tróccoli, 2002) níveis baixos de burnout permitem ao indivíduo enfrentar as situações stressantes de forma activa e directa, enquanto níveis altos podem diminuir a energia para lidar com as situações, levando à adopção de comportamentos passivos e indirectos. Melamed e colaboradores (1999) defendem que o burnout reflecte a incapacidade de lidar adequadamente com agentes stressores crónicos.

As estratégias de coping podem ser orientadas para dois objectivos diferentes: a resolução do problema ou o controlo das emoções que o acompanham. No primeiro caso, o indivíduo orienta os seus esforços para resolver a situação que provocou o stress, enquanto no segundo caso tenta diminuir o estado de tensão emocional suscitado por essa situação (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984; Truchot, 2004; Vaz-Serra, 1999; Zamora et al, 2004). Entre os mecanismos de coping, várias investigações indicam que o coping de evitamento e de escape, definido por Lazarus e Folkman (1984) está associado à presença global de burnout. De forma mais específica, alguns trabalhos associam este tipo de mecanismo ao cansaço emocional e à despersonalização. Menores níveis de burnout estão associados a estratégias de coping centradas na resolução de problemas, percepção positiva, busca de suporte social e estratégias de auto-controlo. Também, as estratégias de coping activas e directas estão associadas a níveis menores de burnout em relação aos associados às estratégias de coping indirectas (Maslach et al., 2001; Zamora et al., 2004) e especificamente o coping de confronto relaciona-se com a realização pessoal (Maslach et al., 2001). Indivíduos com transtornos emocionais tendem a evitar um confronto activo com os problemas, utilizando sobretudo estratégias para o controlo das emoções (Vaz-Serra, Ramalheira & Firmino, 1988, cit. in Vaz-Serra 1999).

Maslach (1998) problematiza a relação burnout-coping, questionando a direcção da influência, isto é, se o burnout leva à utilização de determinadas estratégias de coping, em detrimento de outras, ou se é a utilização preferencial de determinadas estratégias que leva ao maior ou menor burnout, ou ainda se existe uma terceira variável mediadora desta relação, sugerindo um aprofundamento da investigação nesta matéria. Os vários estudos revelam que os indivíduos com estratégias de coping adequadas costumam sentir que possuem um bom controlo das situações, gostando de enfrentar e resolver activamente os problemas, utilizam mecanismos redutores de estados de tensão que não são lesivos da sua saúde e da sua pessoa, não permitindo que a vida quotidiana seja prejudicada pela interferência de stressores e não têm tendência a responsabilizar-se pelas consequências negativas do stress (Vaz-Serra, 1999).

Entre os mecanismos de coping para lidar com o stress profissional de forma efectiva, consideram-se como os mais importantes o apoio das pessoas significativas e a relação com os colegas de trabalho. Efectivamente, o aspecto mais estudado na literatura sobre o tema tem sido o suporte social que é considerado como uma das fontes importantes de resistência ao stress (Kobasa, 1982) desempenhando também um papel tanto preventivo como interventivo no burnout (Boyle et al., 1991; Moreno-Jiménez & Puente, 1999; Pines & Aronson, 1981), do qual falaremos no ponto seguinte. Concluindo, referimos Semmer (1996, cit. in Maslach et al., 2001) que define o perfil típico de um indivíduo sujeito ao burnout como apresentando baixos níveis de “hardiness”, baixa auto-estima, locus de controlo externo e estilo de coping de evitamento.

1.3.2. Variáveis situacionais e burnout

O presente contexto económico global cria novos factores psicossociais que se adicionam às tradicionais fontes de stress e burnout (Truchot, 2004). O mundo do trabalho actual requer do trabalhador rápida adaptação à mudança e flexibilidade. A economia global de mercado inclui a proliferação do comércio livre e os avanços tecnológicos que resultam em ocupações profissionais perdidas por todo o mundo. Esta redefinição dos ambientes de trabalho e a decorrente insegurança profissional é um terreno fértil para o desenvolvimento do burnout (Schaufeli & Greenglass, 2001; Truchot, 2004). Embora existam diferenças individuais na experiência de burnout, a causa principal desta síndrome reside no ambiente (Maslach, 2006; Pines & Aronson, 1981). Assim, apesar das idiosincrasias, quase todos os indivíduos que tenham de lidar com pressões laborais crónicas, incontrolláveis e imutáveis, não tendo o adequado suporte, experienciarão burnout (Pines & Aronson, 1981).

A investigação sobre as características do trabalho tem-se focado muito no conflito de papéis (quando há exigências conflitantes no trabalho às quais se tem de dar resposta

adequada, ou quando elas conflituam com os próprios valores do indivíduo) e na ambiguidade de papéis (quando há falta de informação clara e consistente para se desempenhar a função de forma eficiente), revelando correlações moderadas a altas com o burnout. Especificamente, o conflito de papéis associa-se mais à exaustão emocional e à despersonalização, enquanto a ambiguidade se associa à baixa realização pessoal (Truchot, 2004). Também tem sido estudada a falta de recursos profissionais, sendo o suporte social a variável mais estudada e a que reúne mais evidência empírica de correlação com o burnout (Maslach et al., 2001; Schaufeli, 1999). Tem-se verificado que mais do que a falta de suporte social de colegas de trabalho, é a falta de suporte dos supervisores a que mais se relaciona com o burnout. Burke e Greenglass (2001), num estudo em enfermeiras em período de reestruturação hospitalar, verificaram que o maior apoio do hospital percebido se associava a menores níveis de burnout e a menos sintomas psicossomáticos, bem como a maior satisfação laboral, segurança profissional e controlo de factores pessoais e de situações profissionais. Além disso, o suporte social modera a relação do indivíduo com os stressores no trabalho: se é forte, a relação é fraca, e vice-versa. Por último, é de referir o estudo longitudinal em profissionais de saúde de Leiter e Durup (1996, cit. in Schaufeli, 1999), no qual a exaustão emocional era preditora da sobrecarga de trabalho e do suporte do supervisor, em vez de ser o contrário, o que sugere que estamos perante um processo cíclico e não de uma causalidade linear. Várias outras investigações revelaram que o burnout se associa a estilos de gestão autoritários e outras acrescentam que o apoio dos supervisores e o apoio social do grupo se associam a melhores níveis de burnout (Moreno-Jiménez & Puente, 1999; Renzi et al., 2005; Tamayo & Tróccoli, 2002).

Outras variáveis laborais importantes neste contexto são a informação e o controlo. A falta de informação relaciona-se negativamente com as três dimensões do burnout, assim como a pouca participação na tomada de decisão. A falta de autonomia correlaciona-se também de forma negativa com o burnout (Maslach et al., 2001).

Schaufeli (1999) refere a sobrecarga de trabalho e a pressão para o cumprimento de prazos como tendo uma relação forte com o burnout, especialmente na dimensão exaustão emocional. Truchot (2004) distingue sobrecarga *quantitativa* (diz respeito à quantidade de tarefas a realizar) e sobrecarga *qualitativa* (quando o profissional sente que não tem as capacidades de realizar as tarefas de forma satisfatória). Schaufeli e Enzmann (1998) numa revisão de 16 estudos mostraram que os stressores laborais, como por exemplo os anteriormente referidos e também o conflito de papéis e a falta de suporte social, se relacionavam mais fortemente com o burnout do que os factores relacionados com os utentes, tais como a interacção com doentes difíceis ou o confronto com a morte e o morrer. Truchot

(2004) considera que o número de utentes/pessoas atendidos, ou a quem se dá resposta, contribui para a sobrecarga de trabalho. Outra dimensão relacionada, é a amplitude horária. Gopal e colaboradores (2005) estudaram o efeito da redução de horas de trabalho no burnout em médicos em internato e verificaram que esta redução pode ser o primeiro passo na redução do burnout, verificando-se mudanças positivas a este nível. Contudo, verificaram também uma redução do tempo dedicado à formação em serviço (conferências e seminários) e uma redução da qualidade dos cuidados prestados, aspectos a que se deve dar atenção. Concluíram que o número de horas passadas em contacto directo com os doentes parece ser, assim, um importante indicador de burnout. Já Truchot (2004) não encontrou relação entre a amplitude horária e o burnout em médicos franceses.

Lidar com clientes/alunos/utentes/doentes difíceis ou com altos níveis de exigência emocional, de forma continuada, pode assim ser muito desgastante e levar ao burnout. O trabalho nos serviços humanos assenta na interacção com pessoas com múltiplas dificuldades/problemas, por vezes bastante complexos, geradores de tensão e conflito. A violência no local de trabalho tem sido também associada às fontes de burnout (Eaddy, 1997; Frasquilho, 2005a; 2005b; Leiter et al., 2001; Sá & Fleming, 2008; Truchot, 2004).

De uma forma geral, há dois conjuntos de variáveis laborais que podem ser encontradas em qualquer tipo de profissão: as exigências profissionais e os recursos profissionais (Schaufeli & Bakker, 2004). As *exigências* referem-se ao grau em que o ambiente estimula e requer atenção do indivíduo, ou seja, “as coisas que têm de ser feitas” (Schaufeli & Bakker, 2004, p.296). São os aspectos físicos, psicológicos, sociais ou organizacionais do trabalho que requerem um esforço físico e/ou psicológico e que, por isso, acarretam custos físicos e/ou psicológicos. Por exemplo, um ambiente altamente tecnológico exige um grau de vigilância elevado, maior precisão, tomadas de decisão rápidas, sendo pleno de fontes de tensão (Truchot, 2004). Schaufeli, Keijsers e Reis Miranda (1995) encontraram uma correlação positiva entre o uso da tecnologia no trabalho e o burnout. Os *recursos* profissionais referem-se aos aspectos físicos, psicológicos, sociais ou organizacionais do trabalho que são capazes de reduzir as exigências profissionais e os custos físicos e/ou psicológicos associados, ajudar a alcançar objectivos profissionais e estimular o crescimento pessoal, aprendizagem e desenvolvimento (Schaufeli & Bakker, 2004). Assim, o Modelo das Exigências-Recursos Profissionais de Karasek (Schaufeli & Bakker, 2004; Truchot, 2004), defende que as exigências laborais (físicas, pressão de prazos, turnos) se associam à exaustão emocional, enquanto a falta de recursos profissionais (informação sobre o desempenho, controlo, participação no processo de tomada de decisão, suporte social) se associa à despersonalização. Este modelo assume dois processos: um processo energético de desgaste

emocional, pelas excessivas exigências do trabalho, e um processo motivacional no qual a falta de recursos impede de lidar eficazmente com as elevadas exigências laborais e fomenta o afastamento mental ou a despersonalização (Schaufeli & Bakker, 2004; Truchot, 2004).

1.4. O burnout nas diferentes profissões

Identificar as variáveis antecedentes da síndrome de burnout, pressupõe considerar variáveis do foro social, organizacional, interpessoal e individual, específicas das profissões a estudar (Gil-Monte, 2003). Os primeiros trabalhos sobre o burnout fazem referência quase exclusivamente a profissões do tipo assistencial. De facto, o maior interesse nos primeiros tempos da investigação do burnout ocorreu nos campos da educação, serviço social, medicina, sistema judicial, saúde mental, religião e várias outras profissões orientadas para as pessoas (Maslach & Schaufeli, 1993). Actualmente a perspectiva é mais ampla e o conceito estendeu-se a todo tipo de profissionais e grupos ocupacionais (Maslach et al., 2001). Seguidamente, faremos uma breve abordagem de alguns estudos do burnout em diferentes grupos profissionais. Por uma razão de comodidade e de facilidade de sistematização, optamos por os agrupar em dois grandes grupos: profissionais que lidam com pessoas e outros profissionais.

1.4.1. Burnout em profissionais que lidam com pessoas

Como referimos já anteriormente, o estudo do burnout teve o seu dealbar nos profissionais dos serviços humanos, tendo sido identificado primeiramente nos contextos assistenciais. O stress ocupacional e o burnout nos profissionais que prestam serviços e cuidados humanos é um tema muito relevante, uma vez que as consequências deste fazem-se sentir, não apenas no profissional, mas também em todos aqueles que vão ser alvo da sua intervenção (Gomes & Cruz, 2004). Cherniss (1980, cit. in Buunk & Schaufeli, 1993; Leiter, 1991) considera que as dúvidas sobre a competência pessoal podem constituir uma fonte potencial de stress que pode desencadear o burnout nos profissionais dos serviços humanos, particularmente nos estádios iniciais da carreira.

Os profissionais de saúde, especificamente médicos e enfermeiros, parecem ter razões especiais para constituir um grupo profissional particularmente afectado pelo stress. Lidar com os clientes face a face tem sido associado à exaustão emocional; implica lidar com sofrimento, lesões graves, deficiência e morte. Além disso, podem eles mesmos ter de infligir sofrimento a indivíduos por procedimentos técnicos de diagnóstico e tratamentos mais invasivos, dificultando as relações com os utentes (Melo, Gomes & Cruz, 1997). Independentemente das especificidades das várias áreas profissionais da saúde, há muitos aspectos que são partilhados por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, etc. No que diz respeito à saúde ocupacional, por

exemplo, o sofrimento psíquico inerente ao trabalho no âmbito hospitalar é comum a todos esses profissionais (Nogueira-Martins, 2003). Para Maslach e Jackson (1982, cit. in Buunk & Schaufeli, 1993) as profissões de saúde muitas vezes não vêm satisfeitas as expectativas de reciprocidade na relação com os utentes, nomeadamente no equilíbrio entre o investimento que os profissionais fazem na relação e os ganhos que obtêm. Os utentes podem estar preocupados ou ansiosos e a interacção com esses indivíduos pode não ser recompensadora, o que constitui uma fonte de stress. Muitas vezes os utentes nem ficam agradecidos ao profissional, encarando o prestador de cuidados como mais uma figura de autoridade que têm de tentar ludibriar para conseguir extrair algo de um sistema muito fechado (Leiter, 1991). Para Schaufeli (1999), a falta de reciprocidade seria, assim, um conceito-chave na compreensão do burnout nas profissões de saúde, pois seria mais o desequilíbrio entre investimento e resultados que apareceria como crucial no seu desenvolvimento, e não tanto o trabalhar durante muito tempo com utentes difíceis. Schaufeli (1999) fala em padrões típico de burnout nas profissões de saúde, sendo tipicamente os médicos que apresentam resultados elevados na despersonalização e as enfermeiras na baixa realização pessoal. Importa ainda referir que, algumas profissões de saúde, por serem constituídas por população predominantemente feminina (como Enfermagem, Serviço Social ou Psicologia), acrescentam ao desgaste profissional a dupla jornada de trabalho e a tendência, que infelizmente ainda subsiste, apesar dos grandes avanços dos movimentos de mulheres, de não se valorizar o trabalho feminino (Nogueira-Martins, 2003).

Os psicólogos estão entre as profissões de saúde com maior risco de burnout (Abreu et al., 2002). A profissão de psicólogo tem vários aspectos que a tornam propensa ao stress e ao burnout, a começar pela própria formação nesta disciplina que exige anos de preparação e constante actualização durante o desenvolvimento da carreira (Benavides-Pereira & Moreno-Jiménez, 2003). A ferramenta mais importante dos profissionais que fornecem ajuda psicológica é o próprio profissional e este pode sentir que o fracasso com o cliente reflecte a sua competência como técnico, bem como a sua competência como pessoa (Pines & Aronson, 1981). As exigências dos utentes, carregadas de dor e sofrimento, com problemas que muitas vezes são semelhantes às próprias dificuldades pessoais do profissional, vão-no sobrecarregando e desgastando. Além disso, estes profissionais resistem em procurar ajuda quando em dificuldades, dado que durante a sua formação são treinados para ajudar (Abreu et al., 2002; Gomes & Cruz, 2004). Quando as dificuldades inerentes ao trabalho psicossocial não são reconhecidas nem enfrentadas, isto geralmente leva ao desenvolvimento de burnout (Pines & Aronson, 1981). Além disso, muitas instituições não fornecem condições adequadas para um trabalho de qualidade, em termos físicos e materiais, como em termos de suporte.

Relativamente à enfermagem, Buunk e Schaufeli (1993) consideram-na uma profissão com muitas fontes de stress, tais como a incerteza em como desempenhar o seu papel, por exemplo, na relação que estabelecem com os doentes (se estão demasiado envolvidos ou não; se lidam bem/mal com os apelos destes, etc.). Outra fonte seria o desequilíbrio nos investimentos e ganhos na relação com os doentes, podendo a relação ser dificultada por atitudes problemáticas destes, tornando difícil a sua dedicação. Por último, a falta de controlo desempenharia um papel central, uma vez que muitos aspectos do ambiente de trabalho estão fora do seu domínio, como a recuperação dos doentes, cooperação destes, confronto com a morte e o morrer, decisões dos médicos e administração hospitalar, procedimentos burocráticos, falta de suporte dos colegas e outros técnicos, e conflitos com médicos e colegas. O “bulling”, ou seja, interações abusivas continuadas contras as quais o indivíduo não se consegue defender, tem sido também estudado como contribuindo para o burnout nesta profissão (Leiter et al., 2001; Sá & Fleming, 2008). Leiter e colaboradores (2001) consideram que os serviços de saúde (hospitais, lares, etc.) têm sofrido um aumento destes casos e que os enfermeiros, por terem maior contacto directo com doentes, são um grupo profissional em risco.

O interesse pelo estudo do burnout em âmbito médico surge como uma consequência das crescentes exigências sociais, organizacionais e emocionais que afectam o desenvolvimento da profissão e que fazem parte da etiologia desta síndrome. Os médicos imersos num processo de desgaste profissional não são tão afectados nas suas competências técnicas (de exploração, diagnóstico e tratamento) como nas motivacionais e psicossociais (perspectivas de desenvolvimento, expectativas profissionais, processos de relações interpessoais com o trabalho, etc.). Moreno-Jiménez e colaboradores (2006) na sua investigação verificaram que a exaustão emocional se definia como o principal descritor do burnout médico na amostra e que reflectia a perda de energia e recursos que a situação sócio-profissional da medicina actual poderia suscitar nos seus profissionais. A despersonalização, que descreve a falta de implicação e frieza profissional, não era acompanhada de um decréscimo da eficácia profissional do médico. Estes autores consideram que a síndrome do burnout se transformou num dos problemas de saúde pública que afectam a saúde e a qualidade de vida dos médicos, as instituições de saúde e diminuem a qualidade do serviço assistencial prestado (Moreno-Jiménez et al., 2006). Por ser a população escolhida para o nosso estudo, dedicar-lhe-emos o Capítulo 3 do nosso trabalho, explorando um pouco mais a expressão do burnout nesta profissão bem como características de personalidade e emoções.

Tal como os profissionais de ajuda, os professores são outro dos grupos profissionais em maior risco de burnout (Bakker et al., 2000a; Mallar & Capitão 2004; Pinto, 2000; Pinto et

al., 2000). Frasilho (2005a) cita um estudo da Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa que encontrou equivalência entre o burnout nos professores e nos médicos. Já Melo e colaboradores (1997), num estudo português que comparou igual número de profissionais de ensino, médicos e enfermeiros quanto ao stress ocupacional, verificaram que os profissionais de saúde experienciaram níveis significativamente mais elevados de pressão e stress no trabalho do que os professores, ao contrário do que pensa Farber (1991, cit. in Carlotto, 2003) para quem o burnout é actualmente mais grave em profissionais de ensino do que em profissionais de saúde. O burnout em professores manifesta-se em todos os níveis de ensino, do jardim-de-infância à universidade (Pines & Aronson, 1981). Percebe-se que, de facto, os professores constituem uma categoria especialmente exposta aos riscos psicossociais, que se confrontam com factores de stress próprios da instituição escolar e com situações nas quais as expectativas individuais do profissional se distanciam da realidade do trabalho diário. Perante este cenário, é possível o recurso a estratégias de confronto não adaptativas que vão esgotando os seus recursos emocionais e levando-os à deterioração pessoal e profissional. Desenvolvem atitudes negativas e de distanciamento para com os alunos e desvalorizam o seu papel profissional (Moreno-Jiménez et al., 2002), sendo evidentes em todos os níveis do sistema educativo (Melo et al., 1997) os sinais de stress docente, quer a curto-prazo (ex: absentismo) quer a longo-prazo (ex: exaustão). No campo da docência, o stress profissional associado a factores como o clima de sala de aula ou os conflitos de papel, por exemplo, que se perfilam como preditores significativos do burnout dos professores (Byrne, 1999, cit. in Pinto et al., 2000), resulta assim das relações dinâmicas que se estabelecem entre as exigências do ambiente profissional e os recursos que possuem para enfrentá-lo (Pinto et al., 2005).

Como nas restantes profissões assistenciais, o burnout nos professores não aparece de forma brusca, mas constitui a fase final de um processo contínuo que se vai construindo e que se identifica com sinais como sensação de inadequação ao posto de trabalho, sensação de falta de recursos para enfrentar as tarefas, sentimento de carecer da formação necessária, diminuição da capacidade para a resolução dos problemas, falta de tempo suficiente, etc. (Moreno-Jiménez et al., 2002). A falta de reciprocidade dos alunos, manifestada em termos de bom ambiente na sala de aula ou em trabalho realizado, em relação ao investimento profissional dos professores (dedicação, esforço), se se tornar crónica, pode constituir um estímulo à instalação do burnout neste grupo profissional (Bakker et al., 2000a). A profissão docente tem características específicas como sendo a relação com alunos com baixo nível de motivação, o tipo de jornada de trabalho, a sobrecarga de trabalho que se traduz não apenas pelo número de horas mas também com o número de alunos à sua responsabilidade, a distribuição horária, número de alunos por turma, o nível de envolvimento com os alunos e

falta de pessoal. Também o conflito e a ambiguidade de papéis assim como a inadequação entre a formação e o desenvolvimento profissional e, por último, o clima organizacional e a coordenação com as exigências da administração, da supervisão e da estrutura organizacional do trabalho (Moreno-Jiménez et al., 2002). Melo e colaboradores. (1997) acrescentam às anteriores características, as relações com os pais e pressões de tempo, além de preocupações pessoais dos professores. A actual intensificação do trabalho docente, com cada vez mais tarefas burocráticas impostas, origina conflitos, pois o professor ao ter que dar resposta a essa sobrecarga, vê reduzido seu tempo disponível para estudos individuais ou em grupo, participação de cursos ou outros recursos que possam contribuir para a sua qualificação e favorecer seu desenvolvimento e sua realização profissional. Estas fontes de stress podem levar ao desenvolvimento de burnout (Carlotto, 2003).

Pinto e colaboradores (2000), que estudaram a incidência do burnout em professores portugueses, consideram que a dimensão desta síndrome neste grupo profissional está ainda por determinar, dada a inexistência de critérios clínicos ou de normas estatísticas representativas para o grupo profissional dos professores dos vários países, que permitam classificar os respondentes como casos de burnout. Numa revisão de estudos americanos e holandeses (realizados respectivamente por Maslach e por Schaufeli, e seus colaboradores) verificaram que os professores apresentam os níveis de exaustão emocional mais altos e que os seus níveis de despersonalização são igualmente dos mais acentuados, enquanto a perda de realização pessoal no trabalho não é tão marcada como noutros profissionais. Dada a elevada prevalência de stress nos professores e do grande risco de burnout, bem como a posição fulcral que estes ocupam na vida dos jovens, afectando a eficácia do ensino-aprendizagem, e também o próprio bem-estar dos estudantes torna-se muito importante conhecer a génese e a expressão do burnout nestes profissionais (Melo, Gomes & Cruz, 1997) e implementar estratégias de diminuição do risco e tratamento do burnout instalado.

A título de exemplo, mencionamos apenas alguns dos numerosos estudos realizados nas profissões de serviço mais amplamente estudadas no âmbito do burnout, para compreendermos melhor a faceta transdisciplinar deste fenómeno. Existem, evidentemente, muitos estudos sobre o burnout noutras profissões de ajuda, como por exemplo, nos polícias (Mendes, 2005) ou em bombeiros (Vara, 2007), mas a sua descrição ultrapassaria o âmbito deste trabalho.

1.4.2. Burnout noutras áreas profissionais

Muito embora a maior parte da investigação sobre o burnout tenha sido focalizada nas profissões que lidam directamente com pessoas, principalmente na primeira fase da história da

investigação neste conceito, actualmente é claro que o burnout pode ocorrer também em profissões que não lidam directamente com pessoas⁷. Sendo esta síndrome específica do contexto de trabalho, derivando da situação laboral, pode ser encontrada em muitas outras profissões. Maslach e Schaufeli (1993) elencam vários autores que a identificaram em muitas outras profissões, como na área empresarial (Pines & Aronson, 1981) ou no desporto, quer em treinadores, quer em atletas (Lemyre et al., 2006). Também em áreas não profissionais, como estudantes universitários (Schaufeli et al., 2002; Martínez & Pinto, 2005), actividades voluntárias (Jiménez & Fuertes, 1999) ou mesmo na esfera familiar (em pais ou no casamento), ainda que a sua aplicação a estas últimas, nomeadamente à familiar, tenha sido alvo de controvérsia. Para Pines e Aronson (1981) as pessoas entram em burnout no casamento pelas mesmas razões em que entram no trabalho, ou seja, quando as suas expectativas não correspondem à realidade. Mais recentemente, Pines e Nunes (2003), baseados numa abordagem psicanalítica existencial, consideram as causas do burnout profissional e do conjugal similares, pois ambas resultariam de tentativas fracassadas de resolução de questões passadas, sediadas na infância, além de envolverem o mesmo sentimento de fracasso relativamente à busca existencial do sentido da vida através do trabalho ou de uma relação íntima.

A investigação tem também verificado que as três dimensões da síndrome de burnout não se mantêm em todos os grupos profissionais. Especificamente, a despersonalização e a exaustão emocional tendem a agrupar-se quando são profissionais de outras áreas que não as dos serviços humanos a preencher o MBI (Leiter, 1991; Schaufeli & Greenglass, 2001), além de que a despersonalização parece ser uma dimensão específica do trabalho com pessoas (Leiter, 1991). O conceito de burnout foi, assim, alargado, definindo uma crise na relação do indivíduo com o trabalho em geral e não necessariamente no trabalho com pessoas (Schaufeli & Buunk, 2003). Nos estudos com profissionais de outras áreas, geralmente usa-se o MBI-GS, também de estrutura tridimensional, mas no qual as dimensões apresentam ligeiras modificações. Assim, a exaustão emocional relaciona-se com a fadiga, não fazendo referência directa às outras pessoas como fonte desses sentimentos. A despersonalização aparece como cinismo, e reflecte a indiferença ou atitude distante face ao trabalho em geral, e não necessariamente a outras pessoas. Por último, a realização pessoal inclui aspectos sociais e não sociais da vida profissional (Maslach, 1998; Schaufeli & Buunk, 2003).

Independentemente do espectro cada vez mais alargado de áreas profissionais que tem sido objecto da investigação no burnout, a maioria dos dados empíricos baseia-se ainda em amostras dos cuidados de saúde, educação e serviços humanos (Maslach, 2006).

⁷ Para uma revisão extensiva consultar Vara (2007).

1.5. Intervenção no burnout

Como qualquer intervenção a realizar, a intervenção no burnout deverá contemplar os três níveis de prevenção (Truchot, 2004): primária (prevenindo o burnout eliminando/reduzindo as suas fontes), secundária (quando o burnout está instalado e se pretende diminuir as tensões percebidas) e terciária (tratar os indivíduos em burnout declarado). Schaufeli e Enzmann (1998) consideram três pontos essenciais nos programas de prevenção do burnout: (i) avaliar os níveis de burnout de forma a consciencializar os trabalhadores e/ou a organização sobre o problema; (ii) adoptar medidas para a redução dos stressores organizacionais e do sofrimento individual (ex: através de técnicas cognitivo-comportamentais); (iii) melhorar o ajustamento pessoa-trabalho, promovendo a aquisição, pelos profissionais, de competências que fomentem uma maior resistência ao stress e expectativas mais realistas, bem como a modificação de características relevantes no trabalho.

As estratégias de intervenção para a prevenção e tratamento da síndrome de burnout, em cada nível, deverão preferencialmente ser aplicadas a três contextos: individual, grupal e organizacional (Pines & Aronson, 1981). Dentro das estratégias *individuais*, encontramos técnicas cognitivo-comportamentais, como treino de inoculação de stress, terapia racional emotiva, reestruturação cognitiva e ensaio comportamental (Schaufeli & Buunk, 2003) e recomendações ao nível de programas de treino de resolução de problemas, desenvolvimento de competências de comunicação e assertividade, gestão eficaz do tempo (Gil-Monte, 2003), gestão de prioridades (Pines & Aronson, 1981), programas de promoção de estratégias de coping (Pines & Aronson, 1981, Pinto et al., 2005), estratégias de resolução de conflitos (Truchot, 2004). Também a nível individual, mas numa perspectiva existencial, Pines (2000) propõe uma intervenção personalizada cujo objectivo é identificar as razões conscientes e inconscientes que levaram o indivíduo à escolha da profissão, as razões que presidem ao fracasso na tentativa de derivar do trabalho um sentido existencial, e como essa falha se relaciona com o burnout e, por último, identificar as mudanças que lhe permitirão envolver-se de novo no trabalho e torná-lo significativo. Schaufeli e Buunk (2003) indicam também a consulta psicológica individual para indivíduos em burnout e concluem que a intervenção individual tem sido bem sucedida, sendo a exaustão emocional a dimensão mais permeável à mudança, podendo ser reduzida treinando os profissionais a mobilizar determinadas capacidades de coping, usando técnicas de relaxamento e de reestruturação cognitiva. Já a despersonalização e a realização pessoal apresentam-se como mais resistentes à mudança (Schaufeli & Buunk, 2003).

A nível *grupal*, a estratégia essencial é a utilização do suporte social no trabalho por parte de colegas e supervisores. Através do suporte social, os indivíduos obtêm informação

nova, novas competências ou melhoram as que possuem, reforço social e informação de retorno sobre a execução das tarefas. Conseguem também apoio emocional, conselhos ou outros tipos de ajuda (Gil-Monte, 2003). Num contexto de grupo, os indivíduos podem partilhar experiências e aprender com as experiências dos outros. Schaufeli e Buunk (2003) sugerem os grupos de auto-ajuda e, tal como Pines e Aronson (1981), sugerem ainda os “burnout workshops” como forma de intervenção grupal, onde os profissionais são encorajados a falar sobre as suas experiências e, passada a resistência inicial, começam a perceber que não estão sozinhos e que aquilo que sentem está a ser sentido também por outras pessoas. A procura das causas começa a passar de si mesmos para a organização, dado que é um problema partilhado.

Por último, é muito importante considerar o nível *organizacional*, dado que a origem do problema remete para o contexto profissional, resultando de um desfasamento entre as aspirações profissionais e a realidade organizacional (Maslach & Leiter, 1997) sendo necessário que as chefias desenvolvam programas de prevenção para melhorar o ambiente da organização (Gil-Monte, 2003). Leiter (1991) refere que o foco individual remete para uma extensão do modelo médico à área ocupacional, pelo que as intervenções deverão conceptualizar o burnout como um problema social, focando-se mais na mudança organizacional. Apesar de ser aconselhável uma combinação de intervenções a nível individual e organizacional, a maioria tem sido feita a nível individual (Schaufeli & Buunk, 2003) e Cherniss (1991) alerta mesmo para a dificuldade da intervenção a nível organizacional, uma vez que psicólogos e profissionais dos serviços humanos tendem a estar mais familiarizados com estratégias e técnicas da mudança individual. Gil-Monte (2003) considera que as estratégias mais relevantes para a prevenção do burnout a nível organizacional podem passar por programas de socialização antecipada, onde os indivíduos possam ficar mais conscientes sobre a realidade laboral que vão encontrar. Também a implementação de sistemas de avaliação e informação de retorno com vista a preparar o desempenho profissional futuro são pertinentes. E, por fim, processos de desenvolvimento organizacional, com vista à melhoria da própria organização. Maslach (2006) propõe o foco nas seis áreas de desajustamento pessoa-trabalho (já referidos anteriormente neste capítulo), já que podem funcionar como um instrumento de diagnóstico das áreas mais problemáticas, quer para o indivíduo quer para a organização, fornecendo uma resposta à medida, não padronizada, dirigindo as intervenções propostas aos problemas específicos no contexto profissional em causa. Cherniss (1991) considera três tipos de abordagens organizacionais que tentam tornar as organizações mais responsivas e apoiantes dos trabalhadores. A primeira é a *sindicalização*, que se baseia no empowerment dos profissionais, mas como empodera os trabalhadores como

grupo e não como indivíduos, pode contribuir também para o sentimento de falta de controlo do trabalho. A segunda abordagem passa pela *acção dos administradores* na melhoria das condições de trabalho. No entanto, tendencialmente, estes estão menos sensíveis à necessidade de melhoria, especialmente se acarretar custos elevados e, por outro lado, mesmo que o estejam, também alimenta o sentimento dos trabalhadores da falta de controlo pelas condições do trabalho. Para Cherniss (1991), somente quando os profissionais tomam a iniciativa de melhorar as condições de trabalho através das suas próprias acções terão mais probabilidade de experienciarem um sentimento de auto-eficácia e de controlo, o que leva a uma redução significativa do burnout. A terceira abordagem é o *desenvolvimento organizacional*, que visa tornar o ambiente de trabalho mais democrático e humano, onde os trabalhadores seriam directamente envolvidos na identificação e solução dos problemas organizacionais que contribuem para o stress e burnout, também numa perspectiva de empowerment. Para Pines e Aronson (1981), as próprias reuniões de equipa podem constituir um local para discutir problemas laborais e também os associados ao stress profissional, o que permitiria aos trabalhadores adquirirem algum controlo sobre o seu trabalho e aumentar o seu compromisso com a organização, terminando o ciclo de burnout. No entanto, esta terceira abordagem colide com os interesses de muitos administradores que entendem que têm mais a perder do que a ganhar ao permitir aos trabalhadores manifestarem-se sobre a forma como o ambiente de trabalho é estruturado, além de serem abordagens geralmente dispendiosas (Cherniss, 1991). Este autor sugere, assim, o nível institucional como um importante factor de análise que carece de mais investigação, dado que os factores relativos ao trabalhador e ao contexto de trabalho são largamente influenciados por forças sociais, políticas e económicas na sociedade mais ampla (Cherniss, 1982b).

Maslach e Leiter (1997) enfatizam a promoção dos valores humanos como estratégia preventiva da síndrome, pois prevenir o stress ocupacional é um dos passos importantes na prevenção do burnout. Melo e colaboradores (1997) sugerem as pistas dadas por Cooper: dar aos trabalhadores maior autonomia e participação na tomada de decisões; melhorar a forma como as pessoas são tratadas na organização, de modo a promover a satisfação pessoal e a produtividade, e a reduzir o stress ocupacional, diminuindo em consequência a ansiedade e doenças relacionadas com o stress; formar e sensibilizar gestores/directores para o stress, seus sintomas e problemas associados no sentido de mobilizarem recursos para apoiar os trabalhadores. Pines e Aronson (1981) sugerem que a organização promova oportunidades de aprendizagem aos trabalhadores, através de formação contínua e/ou convenções, como forma de lhes proporcionar experiências novas, variadas, de actualização, já que a aprendizagem e o conhecimento são motivadores básicos da acção humana, diminuindo o risco de

desenvolvimento de burnout. Acrescentam também que a organização considere a diminuição da sobrecarga de trabalho por trabalhador, promova a alternância entre tarefas que envolvem pessoas e outras menos emocionalmente investidas, limite as horas de trabalho mais stressante, seja mais flexível, mais atenta às diferenças individuais dos trabalhadores e melhore as condições físicas de trabalho (Pines & Aronson, 1981). Concluindo, idealmente, as organizações deveriam estar mais interessadas na prevenção primária, já que é a que garante uma melhor defesa quanto aos malefícios do burnout (Truchot, 2004).

Recentemente, uma nova perspectiva surgiu e a investigação no burnout sofreu uma mudança nos últimos anos, focando-se mais no seu oposto – o compromisso com o trabalho, “job engagement” no original (Maslach, 2006; Maslach et al., 2001). Tradicionalmente, os estados positivos não são muito populares em Psicologia, centrando-se muito mais no mau funcionamento e na fraqueza. No entanto, tem-se assistido à mudança para uma Psicologia positiva que passa a dirigir a sua atenção às potencialidades humanas e ao funcionamento óptimo (Schaufeli & Bakker, 2004). Reduzir ou eliminar o burnout não significa alcançar uma alternativa positiva. Para Maslach (2006) as intervenções para reduzir o burnout necessitam de identificar também um estado positivo desejável e não apenas a eliminação de algo negativo (o burnout). Neste sentido, assume-se que o compromisso com o trabalho seja o antípoda positivo do burnout (Maslach, 2006; Schaufeli & Bakker, 2004) sendo a *energia*, o *envolvimento* e a *eficácia* respectivamente os opostos directos da *exaustão emocional*, *despersonalização*, e *baixa realização pessoal* do burnout (Maslach & Leiter, 1997). Para Maslach e Leiter (1997) estes dois conceitos estariam em pólos opostos de um mesmo contínuo, e poderiam ambos ser medidos pelo MBI, sendo que, ao contrário do burnout, uma baixa exaustão emocional e despersonalização e alta realização pessoal seriam indicativos de compromisso com o trabalho. Esta visão tem sido algo questionada, pensando-se que são conceitos independentes, ainda que negativamente correlacionados (Schaufeli & Bakker, 2004) e, mais tarde, Maslach (2006) afirma que o compromisso seria um estado de realização afectivo-motivacional, positivo e persistente, ainda que não o oposto exacto do burnout.

Contrastando com o burnout, o compromisso com o trabalho é então um constructo que tem sido definido como um estado mental de satisfação em relação à profissão, positivo, sendo também multidimensional, caracterizado pelo *vigor* (altos níveis de energia enquanto se trabalha, vontade de investir esforço no trabalho, e persistência perante adversidades), *dedicação* (sentimento de entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio) e *absorção* (estar envolvido no trabalho de forma alegre, de tal forma que o tempo voa e tem-se dificuldade em abandonar o local de trabalho) (González-Romá et al., 2006; Langelaan et al., 2006; Maslach, 2006; Schaufeli & Bakker, 2004). Refere-se a um estado afectivo-cognitivo persistente que

não se foca num objecto, acontecimento, indivíduo ou comportamento particulares (Schaufeli & Bakker, 2004). Langelaan e colaboradores (2006) citam vários autores que afirmam que burnout e compromisso com o trabalho são estados independentes relacionados negativamente, mas não de forma perfeita. Particularmente, o vigor e a dedicação são opostos directos de exaustão emocional e cinismo (Langelaan et al., 2006; Schaufeli & Bakker, 2004). Estes autores mostraram ainda que o compromisso com o trabalho se caracteriza por altos resultados na extroversão em combinação com baixos no neuroticismo. Indivíduos comprometidos com o trabalho adaptam-se rapidamente às mudanças no seu ambiente e passam facilmente de uma actividade para outra; procuram desafios no seu trabalho e se não se sentem desafiados mudam de trabalho.

A promoção do compromisso com o trabalho pode ser vista, assim, como uma forma de prevenção do burnout (Truchot, 2004). Maslach (2006) conclui que um ambiente de trabalho concebido para apoiar o desenvolvimento das características do compromisso deve ser bem sucedido na promoção do bem-estar e da produtividade dos trabalhadores, e as intervenções deveriam ser mais planeadas tendo em vista a promoção do compromisso em vez da redução/eliminação do burnout. Ou seja, importa perceber que factores do trabalho são promotores da energia, vigor e resistência dos profissionais, quais os que potenciam o seu envolvimento e absorção nas tarefas e aqueles que asseguram a sua dedicação e o sentido de eficácia e sucesso no trabalho. O facto do foco mudar para a promoção do bem-estar e da melhoria das condições de trabalho pode funcionar então como um forte motivador nos profissionais.

Tentamos neste capítulo descrever a síndrome de burnout, a história da sua evolução de conceito “popular” a constructo científico, suas manifestações e causas, e principais estudos, já que é um conceito que será estudado empiricamente por nós numa amostra de médicos. No capítulo seguinte, tentaremos descrever como as emoções e a personalidade podem estar relacionadas, abordando ainda o traço específico da procura de sensações, elementos que serão também avaliados no nosso estudo empírico.

Capítulo 2

Emoções e Personalidade

“To define is to limit”.
Oscar Wilde, “The Picture of Dorian Grey”

“Poderá alguém imaginar o estado de raiva e não ver (...) o rosto congestionado, as narinas dilatadas, os dentes cerrados e o impulso para a acção vigorosa, mas, ao invés músculos flácidos, respiração calma e um rosto plácido?”

William James cit. in Damásio (1994, p. 136)

Neste segundo capítulo iremos abordar as emoções e a personalidade, apresentando algumas definições de emoção e relacionando-as com a personalidade e com o comportamento humano. Centraremos a abordagem na estrutura bi-factorial das emoções (positivas e negativas) e no traço de procura de sensações, dada a sua importância para o nosso estudo empírico.

2.1. Definição de emoção

As emoções são tão proeminentes nas nossas vidas que é difícil imaginarmo-nos sem as possuímos ou experienciarmos. Sem emoções, nenhuma situação seria mais importante em relação a outras, e os acontecimentos suceder-se-iam sem significado, carácter, expressão ou perspectiva. O nosso mundo passaria de colorido a cinzento (Gross, 1999). As emoções permitem então estabelecer a nossa posição no confronto com o ambiente e orientam-nos na direcção de determinadas pessoas, objectos, ideias, estratégias de acção, afastando-nos, ao mesmo tempo, de outras (Vaz Serra, 1999). Tendem a afectar todos os aspectos do indivíduo, da pessoa global, e cada emoção afecta a pessoa de forma diferente (Izard, 1989). Desempenham uma função na comunicação de significados a terceiros e parecem desempenhar também um papel de orientação cognitiva (Damásio, 1994).

Esta centralidade da emoção no desenvolvimento humano é conhecida desde há muito. Contudo, o campo da emoção é complexo e interdisciplinar (Izard, 1989) já que envolve processos elaborados de origem biológica e de construção social, sendo estudado por várias disciplinas, como a psicologia, biologia, etologia, antropologia, sociologia, filosofia, psiquiatria, história, linguística, economia e informática (Gross, 1999). De facto, do ponto de vista teórico, numerosos autores estudaram as emoções, e devido à grande diversidade de teorias e definições, tentar estabelecer “a” teoria da emoção constitui um enorme desafio (Strongman, 1987) dado que o panorama geral sobre a investigação e teorização no campo da emoção não oferece um quadro coerente (Zajonc, 1998, cit. in Gross, 1999). Além disso, Strongman (1987) considera que, ao tentarem abranger todos os possíveis aspectos que interferem na emoção, algumas definições deste conceito são de tal forma globais que falham na tentativa de o definirem adequadamente.

Tentando exemplificar algumas definições, para Izard (1989) uma definição completa de emoção terá de ter em conta (i) a experiência ou a sensação consciente da emoção, (ii) o processo que ocorre a nível cerebral e do sistema nervoso central e (iii) a expressão observável dos padrões da emoção, particularmente os da face. Assim, podemos considerar a emoção como um processo complexo cujas manifestações e traduções abrangem três níveis: neurofisiológico, comportamental e experiencial (Izard, 1991; Queirós, 1997). Para Damásio

(1994), a emoção é uma combinação de um processo de avaliação mental, que pode ser simples ou complexo, que envolve respostas a esse processo, corporais e cerebrais, resultando em alterações mentais adicionais. Ekman (1992) salienta o facto de as emoções não precisarem de espectadores, ou seja, ocorrem independentemente da presença de outros. Podemos reagir emocionalmente a música, a uma paisagem, a trovões, etc. Não obstante, o autor considera que a principal função da emoção é preparar-nos para lidar rapidamente com encontros interpessoais importantes, recorrendo pelo menos em parte às actividades que foram adaptativas no passado, quer a nível de passado enquanto história das espécies, quer quanto ao passado do próprio indivíduo, à sua história de vida.

Porque consideramos que a categorizações das diferentes teorias e autores sobre a emoção extravasa o nosso propósito, faremos uma breve abordagem a alguns aspectos da emoção importantes para o nosso trabalho e para o próprio entendimento das múltiplas emoções.

Emoção etimologicamente provém do Latim *emotionem* que significa “movimento, comoção, acto de mover”. É derivado de uma forma composta de duas palavras latinas: *ex*, “fora, para fora”, e *motio*, “movimento, acção”, “comoção” e “gesto”⁸. William James, no séc.XIX, defendeu que as emoções seriam respostas directas, quase imediatas a determinados eventos, advogando a natureza fisiológica das emoções (Damásio, 1994; Gross, 1999; Price, 2005). Considerava que as emoções localizavam-se na mente e eram produzidas pelas mudanças a nível corporal, contudo, não diziam respeito apenas às mudanças corporais. James atribuiu pouca ou nenhuma importância ao processo de avaliação mental da situação que provoca a emoção (Damásio, 1994), considerando as emoções como estados não cognitivos. Por outras palavras, contrastava emoção e cognição (Price, 2005). Esta visão é funcional para as primeiras emoções que sentimos na vida, mas não explica toda a gama de reacções emocionais (Damásio, 1994).

A perspectiva de James tinha ainda seguidores no final do século passado, através por exemplo, de Buck (1985, cit. in Gross, 1999) que considerava que os sistemas da emoção respondiam directamente a estimulação interna ou externa sem mediação da cognição, sugerindo que deveria ser possível descrever os acontecimentos específicos que levariam a determinadas emoções. No entanto, a perspectiva mais aceite considerava que o estímulo desencadeador da emoção teria de ser processado cognitivamente antes da manifestação desta, ou seja, era necessário não apenas o estímulo para desencadear a emoção, mas toda uma avaliação subjectiva da situação em causa, o que implica que os antecedentes da emoção deveriam ser definidos de forma subjectiva e não objectivamente. Actualmente, pensa-se que

⁸ Definição etimológica retirada da Wikipedia (www.wikipedia.org; acedida em Fevereiro 2008).

coexistem os dois processos, existindo um processamento mais automático, que envolve relativamente pouca mediação cognitiva e um outro mais lento, mais elaborado a nível cognitivo (Gross, 1999). De facto, no estudo da emoção, as cognições são cada vez mais destacadas e analisadas. A discussão sobre se é a emoção que causa a cognição ou a cognição que causa a emoção, aparentemente está ultrapassada, parecendo mais que as duas situações são verdadeiras, pois se existe uma relação dinâmica entre emoção e cognição, uma influencia a outra (Queirós, 1997). A própria linguagem do senso comum salienta a pertinência dessa discussão inicial, pois se nos debruçarmos sobre o uso corrente do conceito, verificamos que o termo emoção é frequentemente utilizado como sinónimo de comoção⁹ ou de descontrolo¹⁰, parecendo significar uma oposição da emoção à razão (Wagner, 1988, cit. in Queirós, 1997).

A influência das diferenças individuais nos antecedentes da emoção é especialmente relevante, não só porque estas dizem respeito a factores objectivos do ambiente, mas também porque se referem às nossas interpretações sobre a situação específica em que nos encontramos. As emoções são evocadas em função da interacção do indivíduo com o seu meio, indicando como o indivíduo avalia o que lhe está a suceder (Vaz Serra, 1999). Este aspecto explica como uma situação aparentemente neutra pode ser avaliada como ameaçadora, isto é, o que pensamos sobre um acontecimento pode ter um efeito profundo nas nossas emoções, e as diferenças individuais na forma de pensar constituem uma fonte potencial para diferenças individuais nas respostas emocionais (Gross, 1999). Vaz Serra (1999, p.227) considera que, “sob o ponto de vista psicológico, as emoções alteram a atenção, determinam que certos comportamentos passem a ocupar o topo de uma determinada hierarquia de respostas e activam aspectos relevantes de redes associativas que estão memorizadas”.

Dado o impacto que as nossas emoções têm numa variedade de processos mentais (como a memória ou a tomada de decisão, por exemplo) e no comportamento manifesto (comportamentos de apoio ou o abuso de drogas, por exemplo), os processos que regulam as emoções são fundamentais para o funcionamento da personalidade e representam uma importante fonte de diferenças individuais (por exemplo, o indivíduo que permanece calmo sob pressão em contraste com o que “explode”). A nível da saúde mental, pode-se dar o exemplo dos défices de emoção positiva na depressão ou a excessiva emocionalidade da personalidade histriónica. A nível da saúde física, a hostilidade crónica associa-se à hipertensão e à doença coronária, enquanto a inibição da emoção pode exacerbar males menores ou mesmo a progressão de cancro (Gross, 1999).

⁹ Por exemplo, “emocionar-se”.

¹⁰ Por exemplo, “estar muito emotivo” ou “estar com as emoções à flor da pele”.

Algumas emoções básicas são inatas, nascem connosco, não requerem aprendizagem. No entanto, a sua expressão ou inibição, depende do desenvolvimento cognitivo do indivíduo e do contexto sociocultural onde se integra (Vaz Serra, 1999), sendo que indivíduos de diferentes contextos socioculturais aprendem formas diferentes de controlar expressão da emoção, como a de cólera, por exemplo, através da modificação da expressão facial (Izard, 1989). As diferenças individuais e socioculturais também estão na base da decisão daquilo que despoleta uma emoção e de como a pessoa agirá subsequentemente (Izard, 1989). Além disso, em muitas circunstâncias das nossas vidas como seres sociais, sabemos que as nossas emoções só são desencadeadas após um processo mental de avaliação que é voluntário e não automático (Damásio, 1994). De facto, a dicotomia inato/adquirido parece ter sido ultrapassada, também em relação à génese e desenvolvimento das emoções.

Dada a variedade do espectro emocional e, dentro deste, da diversidade de graus de intensidade, não existe uma categorização do tipo de respostas emocionais. Gross (1999) defende o agrupamento em três domínios: experiência de emoção, expressão comportamental da emoção e fisiologia da emoção. Por sua vez, Epstein (1998, cit. in Vaz Serra, 1999, p.229) afirma que existem três emoções básicas nas “espécies subhumanas” e que seriam o medo, a tristeza e a cólera, defendendo também que estas se encontrariam na base das principais perturbações psicopatológicas do ser humano.

Para Ekman (1992), as emoções evoluíram no seu valor adaptativo para melhor lidarmos com tarefas de vida fundamentais. Cada emoção teria características únicas (sinal, fisiologia e acontecimentos antecedentes) e também características partilhadas com outras emoções (início rápido, curta duração, ocorrência não solicitada, avaliação automática e coerência entre as respostas). As características partilhadas e as únicas são o fruto da evolução humana e permitem distinguir a emoção de outros fenómenos afectivos. Este autor considera, assim, existirem emoções ditas “básicas” por serem independentes e terem evoluído de forma a nos prepararem para lidar com as exigências da vida. Cada uma das emoções básicas não constitui um estado afectivo único, mas uma família de estados relacionados, ou seja, um grupo de estados que partilham características comuns, por exemplo, semelhanças na expressão, na actividade fisiológica, na natureza dos acontecimentos que os precedem e que os suscitam e talvez também nos processos de avaliação. Estas características distinguem uma família de emoções de outra. A título de exemplo, a família da cólera é composta de 60 expressões diferentes, que partilham as mesmas acções musculares (Ekman & Friesen, 1975, cit. in Ekman, 1992) mas com subtilidades tais que permitem distinguir-se umas das outras e não constituir apenas uma única expressão de cólera. Cada família de emoções seria, então, constituída por um tema, que congregava as características únicas daquela família, e também

de variações. Estas variações do tema têm várias influências, como diferenças individuais de ordem biológica, experiências de aprendizagem diferentes, e diferenças específicas que reflectem a natureza da ocasião particular em que a emoção ocorre.

Quando sentimos uma emoção, expressamo-la frequentemente através de comportamento verbal ou não-verbal. Mas a investigação tem tido dificuldades em medir o comportamento emocional espontâneo, tendo-se centrado quase exclusivamente na expressão facial (Gross, 1999). Damásio (1994), por exemplo, descreve extensivamente as reacções faciais de indivíduos com lesões corticais e a sua relação com as emoções. No entanto, as expressões comportamentais da emoção não se resumem à expressão facial. Observam-se mudanças nos movimentos corporais (ex: endireitar-se em orgulho ou curvar-se em vergonha). Estas reacções não são apenas reactivas; as emoções antecipam, assim como reagem a situações que estão a ocorrer. É frequente que a expressão verbal acompanhe a não-verbal (Gross, 1999), e isso verifica-se facilmente na explosão verbal em momentos de fúria, não só ao nível do conteúdo da mensagem, como na forma como ela é transmitida (ex: num tom alto).

Para Damásio (1994, p.137) as emoções seriam primárias e secundárias. As primárias seriam experienciadas na infância, muito ligadas ao físico, inatas e para as quais existiria um “mecanismo pré-organizado” às quais designa também de “jamesianas” em alusão à conceptualização de William James. As emoções secundárias alicerçavam-se nas primárias e seriam experienciadas por adultos. Estas ocorrem mal o indivíduo comece a ter sentimentos e a “formar ligações sistemáticas entre categorias de objectos e situações, por um lado, e emoções primárias, por outro” (Damásio (1994, p.141).

Entre as inúmeras teorias desenvolvidas em torno do conceito de emoção, a de Izard parece ser a mais completa, pois considera não só as emoções mas também as suas ligações com outros níveis da personalidade, adoptando uma perspectiva sistémica, que, enquadrada no actual paradigma científico, permite compreender melhor as relações entre o conceito de emoção e os vários elementos mensuráveis que reflectem a presença da emoção (Schwartz, 1986, cit. in Queirós, 1997). Descrevendo as características gerais desta teoria, na sua formulação inicial, Tomkins e Izard consideram as emoções como uma entidade complexa que afecta fortemente o comportamento, com características inatas e aprendidas e implicando respostas a nível fisiológico, subjectivo, expressivo e comportamental (Queirós, 1997). Existiriam dez emoções básicas, primárias, fundamentais para a sobrevivência e bem-estar do indivíduo e da espécie (interesse, alegria, surpresa, angústia, cólera, nojo, desprezo, medo, vergonha e culpa), que seriam diferentes subjectiva, neurofisiológica e comportamentalmente, apesar de algumas emoções serem muito semelhantes e de todas terem alguns aspectos em comum. Mais tarde, Izard reformula a sua teoria, acrescentando à formulação inicial a tristeza

como uma décima primeira emoção básica. Em qualquer uma destas emoções a actividade neuronal e electroquímica seria inata, semelhante em diferentes culturas e teria uma tradução comportamental e experiencial específica. Seria visível para um observador a expressão na face e corpo, informando-o sobre o que o sujeito estaria a sentir, e seria integrado com as cognições, quer no próprio sujeito, quer no observador. Estas emoções primárias interagiriam entre si combinando-se de diferentes maneiras, constituindo um vasto conjunto de emoções secundárias (que seriam aprendidas e nas quais se incluem por exemplo a ansiedade, hostilidade, curiosidade e depressão) e fazendo também emergir os traços e padrões de personalidade (dependendo estes da interacção entre emoções, cognições e acção). Izard aprofundou a teoria adoptando uma perspectiva mais global, considerando as emoções enquanto sistema e, também, enquanto subsistema de um sistema mais vasto: a personalidade (Queirós, 1997).

As emoções organizariam a consciência através de uma sequência, que começaria com a recepção de informações (sob a forma de sensações) vindas dos receptores externos e internos, sendo a um nível básico a consciência constituída apenas pela tomada de consciência da sensação. Depois, a emoção atribui um significado a essa sensação, permitindo uma avaliação rápida da situação e orientando o comportamento. Para a sequência ser eficaz, no final deve existir uma avaliação cognitiva que orienta a tendência para a acção de modo a esta trazer o máximo de benefícios para o indivíduo (Queirós, 1997).

De acordo com a perspectiva evolucionista, a emoção resulta de um processo evolutivo da espécie (Gross, 1999) e tendo uma função adaptativa fundamental para a sobrevivência do organismo (Izard, 1989). Note-se que os ambientes contemporâneos são dramaticamente diferentes daqueles que moldaram as nossas emoções, e as respostas que outrora foram úteis deixam de ser adequadas às exigências do mundo moderno. Torna-se, assim, de extrema importância, a regulação da emoção, dado que algumas partes do nosso cérebro (os altamente conservados centros das emoções) inclinamo-nos para agir de determinada maneira numa situação particular enquanto que outras partes cerebrais (os novos centros corticais) avaliam que o impulso emocional pode não ser o adequado à situação em causa, influenciando-nos para termos outra atitude. A regulação da emoção pode ser definida como a forma como indivíduos influenciam *quais* as emoções a ter, *quando* as terão e *como* as expressarão¹¹ (Gross, 1999).

De acordo com Lazarus (cit. in Pines & Aronson, 1981) toda a emoção é moldada pelas avaliações cognitivas dos acontecimentos em termos de significado para o nosso bem-estar. A situação pode ser avaliada de cinco formas: (i) relevante ou irrelevante para o nosso

¹¹ Itálicos nossos.

bem-estar, (ii) perigosa, (iii) potencialmente perigosa, (iv) desafiante ou (v) de resultado potencialmente positivo. Ou seja, as mesmas circunstâncias stressantes podem produzir diferentes padrões de resposta em diferentes indivíduos, dependendo das suas características e história de vida.

O relato da evolução histórica do estudo da emoção não é objecto deste trabalho. No entanto, é importante referir que começou pelos aspectos fisiológicos até chegar aos aspectos cognitivos e, actualmente, a emoção é considerada enquanto sub-sistema da personalidade. Assim, na história do estudo das emoções encontramos num extremo autores que enfatizam apenas a componente neurofisiológica da emoção. No outro extremo, encontramos autores como Izard, por exemplo, que consideram que as emoções constituiriam um sistema motivacional fundamental. Entre estes dois extremos encontram-se autores que afirmam da transitoriedade ou disruptividade das emoções, enquanto outros defendem que os indivíduos estão sempre a experienciar emoções, ou seja, que toda a sua vida e todo o seu comportamento não existiria sem o domínio afectivo, tendo este como função a organização, motivação e manutenção do comportamento (Queirós, 1997).

Concluindo, as emoções podem ser consideradas como um subsistema psicológico separado dos restantes subsistemas, como a percepção ou a cognição, mas intimamente ligado com estes, já que o indivíduo constitui um todo complexo. Além disso, a emoção apareceria como um dos sub-sistemas mais importantes, pois a sua expressão funcionaria como forma de comunicação na interacção indivíduo/meio, e daria significado ao mundo e ao lugar do indivíduo neste, atribuindo qualidade à vida (Queirós, 1997).

2.2. A bipolarização da emoção: emoções positivas e emoções negativas

Experienciar emoções positivas produz um efeito favorável nos processos psicológicos. Estar de bom-humor, sentir-se optimista, satisfeito com a vida e com qualidade de vida, experienciar bem-estar e felicidade são certamente aspectos importantes na estrutura e dinâmica da personalidade (Avia, 1997).

Contudo, tradicionalmente, a Psicologia tem devotado muita atenção aos estados negativos, ao estudo do sofrimento humano, tendo sido negligenciado o estudo da alegria e felicidade e outros estados positivos e à análise dos seus efeitos no sistema da personalidade (Avia, 1997; Ryff, 1989). Avia (1997) encontra três razões para este facto. A primeira é a atracção que sentimentos negativos suscitam, além de que as suas funções ontogenéticas e filogenéticas parecem ter sido mais importantes em termos de sobrevivência. Em segundo lugar, pode reflectir a tendência geral das pessoas em considerarem os sentimentos positivos, como satisfação e alegria, como mais simplistas, desinteressantes e menos sofisticados do que

estados atormentados ou paixões nocivas. Em último lugar, avança que, simplesmente, as pessoas tomam a normalidade como garantida.

Assim, o estudo das emoções tornou-se especialmente relevante para explicar a psicopatologia, principalmente se se tratava de emoções muito intensas ou extremadas, tentando-se eliminar ou reduzir aquelas que eram negativas e inadequadas (Avia, 1997). No entanto, cada vez mais se acredita que a tónica não deve ser posta apenas na eliminação de emoções negativas, até porque a ausência de emoções positivas é também causadora de problemas vários. A promoção de sentimentos positivos e de bem-estar torna-se essencial nos dias de hoje. Ryff (1989) considera que cada vez mais sobe o interesse no estudo dos factores que intervêm nas decisões das pessoas sobre o bem-estar assim como o estado de humor/disposição na altura da avaliação.

O trabalho clássico de Bradburn (1969) sobre a estrutura do bem-estar psicológico providenciou a distinção inicial entre afecto positivo e negativo. O autor considera que o bem-estar psicológico poderia ser conceptualizado em função de duas dimensões independentes: o afecto positivo e o negativo. As duas dimensões apresentavam diferentes correlatos e não se correlacionavam entre si, quer negativa quer positivamente, o que evidenciava que se tratavam de dimensões distintas de bem-estar e que o seu balanceamento poderia servir como medida de felicidade (Bradburn, 1969; Ryff, 1989). Assim, durante um determinado período de tempo, podemos experienciar emoções positivas e negativas que não estão particularmente relacionadas umas com as outras. O que significa que a informação sobre a quantidade de estados positivos que o indivíduo experiencie num passado recente não nos dá nenhuma informação sobre a extensão dos estados negativos (Bradburn, 1969). Estudos posteriores aos de Bradburn continuaram a enfatizar esta distinção básica entre afecto positivo e negativo (Ryff, 1989).

Para Izard (1989), a classificação de emoções como positivas ou negativas deve ser realizada com todo o cuidado, uma vez que há emoções tradicionalmente vistas como negativas, como a cólera ou o medo, que se associam muitas vezes à sobrevivência ou à preservação da integridade pessoal. Defende, assim, que as emoções deveriam ser classificadas antes como tendentes a levar à entropia psicológica *versus* tendentes a facilitar o comportamento construtivo. Ekman (1992) também considera redutor classificar as emoções em termos positivos/negativos e o próprio Bradburn (1969) sublinha que a complexidade da experiência emocional humana talvez não possa ser considerada adequadamente nesta forma simplista. Apesar disto, Izard (1989) concede na conveniência da divisão em positivas/negativas, relacionando-as com a probabilidade de originar consequências respectivamente agradáveis/desagradáveis, pelo que a utilizaremos neste trabalho.

Avia (1997) numa revisão de vários estudos sobre a influência das emoções positivas no processamento cognitivo verificou que os indivíduos sob a influência afectos positivos evitam focar-se em informação negativa e evitam, sempre que possível, tarefas difíceis ou desagradáveis. O afecto positivo também era visto como promotor de flexibilidade cognitiva, de respostas inovadoras e da procura de sensações ou de emoções fortes. Pode, ainda, funcionar como uma fonte de motivação intrínseca, favorecer a auto-protecção em situações claramente negativas, facilitar o planeamento e diminuir o tempo de tomada de decisão. No entanto, e indo ao encontro da perspectiva de Izard (1989) sobre a função adaptativa das emoções, os afectos positivos tendem a estar relacionados com a diminuição de estratégias de processamento de informação, processando heurísticamente em vez de sistematicamente. Tendem a colocar o indivíduo numa posição confortável, desprotegida, tornando menos necessário o esforço cognitivo. De facto, embora os afectos positivos propendam a gerar pensamentos mais criativos, estes tendem a ser mais superficiais, gerais e menos analíticos (Avia, 1997).

Numa revisão da literatura, Avia (1997) salienta que a estrutura bi-factorial da emoção (positiva e negativa) é encontrada e replicada em vários estudos. A controvérsia permaneceria sobre o número de emoções básicas e mesmo sobre a definição do conceito de “básico” em termos emocionais. Refere estudos que verificaram que no domínio das emoções negativas apareciam bem delimitados determinados afectos negativos, claros e específicos, mas já no domínio das emoções positivas isso não acontecia, aparecendo consistentemente uma única dimensão global (Watson & Clark, 1989, cit. in Avia, 1997). Ellsworth e Smith (1988, cit. in Avia, 1997) também perceberam que as emoções positivas e os estímulos associados eram menos diferenciáveis do que as emoções negativas, concluindo que o afecto positivo não é tão saliente para os investigadores como o negativo, e que os elementos específicos que definem a emoção positiva são menos distinguíveis do que aqueles que caracterizam o afecto negativo, dado encontrado também por Bradburn (1969). Apesar destas dificuldades, Avia (1997) reafirma a importância das emoções positivas na personalidade humana. De facto, a actividade social associa-se a níveis mais elevados de afecto positivo (Avia, 1997; Bradburn, 1969) e a experiências novas ou variadas (Bradburn, 1969). Além disso, para muitos autores, a capacidade de apreciar a vida seria um critério de saúde mental, já que as pessoas variam também muito na capacidade de experienciar alegria (Avia, 1997).

A organização emocional do indivíduo, especialmente as mudanças alternadas entre estados afectivos positivos e negativos, tem implicações importantes para as relações interpessoais e para o estabelecimento de objectivos essenciais, lutas pessoais e projectos vitais (Avia, 1997). Os estudiosos da personalidade têm vindo a enfatizar cada vez mais uma

visão da pessoa humana activa e com propósito. Dentro desta visão, enfatiza-se as variáveis motivacionais e afectivas assim como as cognitivas. O indivíduo é visto como lutando activamente para algo e, nessa luta, os seus processos cognitivos sofrem a influência da motivação e dos afectos ao mesmo tempo que desempenham um papel crítico na prossecução dos objectivos (Pervin, 1999). Como afirma Izard (1993, cit. in Avia, 1997) uma das muitas funções do sistema emocional é organizar e motivar padrões específicos de resposta. De facto, para Izard (1989; 1991) as emoções constituem o sistema motivacional primário dos seres humanos. A experiência de emoções particulares contribui frequentemente para a organização de formas características de cognição e comportamento. A sequência recorrente emoção-cognição-comportamento pode levar ao desenvolvimento de padrões de resposta específicos e regulares, ou seja, estruturar-se em traços de personalidade.

2.3. Emoções e personalidade

Embora já tenhamos aludido à personalidade ao longo do presente trabalho, importa abordar este conceito de forma um pouco mais específica, uma vez que nos debruçaremos adiante sobre o traço “sensation seeking”, ou procura de sensações ou procura de emoções fortes, e também porque é relevante salientar o papel das emoções no desenvolvimento da personalidade humana (Gross, 1999; Izard, 1989; Queirós, 1997).

A noção de personalidade é central na Psicologia e tem sido muito estudada na tentativa de explicar diferenças individuais, emergindo como um conceito fundamental nessa procura, uma vez que possibilitaria o seu estudo sistemático e aprofundado. Como acontece com a emoção, não há uma definição universalmente aceite, apesar de se considerar unanimemente a personalidade como algo mais ou menos estável, singular e específico que caracteriza a pessoa, oferecendo-lhe consistência, e permite distingui-la de outros, conferindo-lhe individualidade (Queirós, 1997). Considerar a personalidade como um conjunto de tendências estáveis e pouco influenciáveis pelo meio, ajudaria na procura das suas géneses, e a análise e previsão do comportamento ficaria então facilitada. Desde sempre, o Homem tenta procurar padrões, constâncias, paradigmas explicativos, modelos, referências que lhe permita enquadrar-se numa vida sempre em mutação, procurando o seu sentido, tentando minimizar a imponderabilidade. A Psicologia põe ao seu serviço o seu corpo teórico e empírico na tentativa de o ajudar na prossecução dessa utopia

Na maioria dos modelos teóricos de personalidade, as emoções são referidas apenas implicitamente, enquanto que noutras são consideradas como um dos níveis da personalidade. Queirós (1997), numa exaustiva revisão teórica, sublinha a existência de uma associação entre personalidade e emoções, sendo as emoções consideradas como um dos elementos integrantes

da primeira. Também Izard e colaboradores (1998, cit. in Vaz Serra, 1999) realçam a importância das emoções no desenvolvimento de uma personalidade saudável, da competência social e do eventual aparecimento da psicopatologia. Allport e Vernon (1933, cit. in Gross, 1999) defendiam a importância do estudo directo da expressão emocional, uma vez que seria a abordagem mais natural possível ao estudo da personalidade. Pervin (1993, cit. in Avia 1997), considera o afecto como um elemento central na estrutura da personalidade. Defende também que as pessoas organizam o seu comportamento perante situações categorizadas em termos afectivos. Para Izard (1989) a personalidade é uma organização completa constituída por seis subsistemas: homeostático, impulsivo, emocional, perceptivo, cognitivo e motor – sendo que os quatro últimos constituiriam a base do comportamento humano único.

Watson e Tellegen (1985, cit. in Avia, 1997) encontraram um factor geral de Afecto Positivo que representava a predisposição de experienciar com frequência um estado de humor positivo. Este factor é muito semelhante ao traço extroversão, um dos “big” factores de personalidade (Avia, 1997). Recordemos novamente o modelo dos cinco factores básicos de personalidade de McCrae e Costa (1999), abordados de forma sucinta no Capítulo 1 deste trabalho, especificamente na sua relação com o burnout. O primeiro seria a Extroversão (auto-confiança, comunicação, energia, dominância, optimismo, preferência por companhia e estímulos sociais) vs Introversão. Os indivíduos com níveis altos de extroversão tendem a possuir um leque alargado de competências sociais, numerosas amizades, interesses vocacionais do tipo empreendedor, e participam em desportos e em associações ou clubes. O segundo seria a Agradabilidade (disposição para ceder em situação de conflito interpessoal, cooperação, altruísmo, lealdade, generosidade) vs Hostilidade. Os indivíduos com elevada agradabilidade são mais propensos a atitudes de indulgência, acreditam na cooperação, e usam linguagem inofensiva. Em terceiro lugar aparece o Cuidado/Meticulosidade (esforço para a eficácia; organização, sentido prático, responsabilidade) vs Falta de Cuidado. Os indivíduos meticolosos apresentam capacidades de liderança, realizam planos a longo-prazo, possuem uma rede de suporte organizada e conhecimentos técnicos. Em quarto lugar temos a Estabilidade Emocional vs Neuroticismo (tendência a experienciar sentimentos disfóricos, nervosismo, instabilidade, emoção, descontentamento). Os indivíduos que apresentam propensão ao neuroticismo tendem a apresentar baixa auto-estima, crenças perfeccionistas irracionais e atitudes pessimistas. Por último, o quinto factor, Intelecto/Autonomia vs Abertura à Experiência (necessidade de variedade, novidade e mudança; imaginação, criatividade, curiosidade), sendo que estes indivíduos são tendencialmente interessados em viagens, possuem hobbies variados, conhecimentos na gastronomia de outros países e

interesses vocacionais diversos. Estas formas de comportamento, atitudes, hábitos, competências, papéis ou formas de relacionamento mais habituais de cada factor constituem uma tendência típica que ajuda cada indivíduo a adaptar-se ao seu ambiente social. Estas podem variar de cultura para cultura, mas os traços encontram-se em várias culturas estudadas (McCrae & Costa, 1999). Para os autores, os traços são tendências básicas endógenas, que se desenvolvem ao longo da infância e atingem a maturidade na idade adulta, mantendo-se estáveis a partir daí. Consideram ainda que apresentam uma estrutura hierárquica desde as dimensões mais específicas até às mais alargadas. Assim, a ordenação partiria do traço mais específico, o neuroticismo, seguido da extroversão, abertura à experiência, agradabilidade e, no nível mais alto, a meticulosidade. McCrae e Costa (1999) argumentam que a teoria dos cinco factores adopta implicitamente a teoria da personalidade como *traço*, isto é, com atributos temporalmente estáveis. Acredita-se que os indivíduos podem ser caracterizados em termos de padrões relativamente estáveis de pensamentos, sentimentos e acções. Os traços podem ser avaliados quantitativamente e apresentam consistência ao longo de várias situações. Baseiam-se na aceção de que o ser humano é cognoscível (passível de ser conhecido), racional, variável e proactivo.

A questão da personalidade enquanto traço tem apaixonado os psicólogos já que define muito do que descreve o indivíduo como pessoa, simultaneamente caracterizando-o e distinguindo-o de outros (McCrae & Costa, 1999). Efectivamente, para estes autores, os traços aparecem como uma componente importante do auto-conceito espontâneo, sendo que a maior parte das descrições decorrentes da questão “quem sou eu?” referem-se a traços de personalidade e a características de papel. Zuckerman (1994) defende a necessidade da observação de regularidades no comportamento em determinadas situações como o primeiro passo para uma explicação teórica, sendo a identificação de traços o primeiro passo para uma ciência da personalidade.

Podemos relacionar personalidade e afecto. O afecto refere-se a estados mentais em que as pessoas se sentem bem ou mal sobre o que lhes está a acontecer (Watson, 2000 cit. in Langelaan et al., 2006). O afecto é transitório e é específico da situação, sendo descrito em termos de emoções de curto-prazo, como tristeza, alegria ou entusiasmo (Langelaan et al., 2006). Contudo, para Queirós (1997), pelo contrário, o afecto seria algo mais global e a emoção seria algo mais concreto. Ou seja, a emoção seria a resposta básica do organismo dada perante o ritmo e complexidade da nova informação que é preciso processar, manifestando-se esta resposta através da expressão facial, da postura corporal, da reacção fisiológica (como o ritmo cardíaco, tensão arterial, temperatura da pele, tensão muscular, etc.), e pela tomada de consciência pessoal do que sentimos. Já a personalidade refere-se a

características pessoais relativamente permanentes, tratando-se de tendências gerais de conduta que reflectem diferenças individuais no estilo emocional, constantes ao longo do tempo, e que têm uma influência geral nas respostas emocionais (Warr, 1999, cit. in Langelaan et al., 2006).

As variáveis ou medidas Afecto Positivo e Afecto Negativo têm vindo a ser sistemática e fortemente associadas com dois dos factores de personalidade do “The Big Five”, nomeadamente com o neuroticismo e a extroversão. O neuroticismo descreve a tendência geral de experienciar emoções perturbadoras, como o medo, depressão, e frustração, enquanto a extroversão reflecte a disposição para a alegria, sociabilidade e elevada actividade (Gross, 1999; McCrae & Costa 1999). Assim, o neuroticismo seria preditor de afecto negativo na vida quotidiana, enquanto a extroversão predizia afecto positivo. Com base nestes dados, McCrae e Costa (1991, cit. in Gross, 1999) propuseram que o neuroticismo e a extroversão representariam dimensões temperamentais da personalidade que predis põem os indivíduos respectivamente para emoções negativas e positivas.

Tem sido mostrado que, independentemente do afecto e dos acontecimentos de vida, a extroversão aparece como um forte preditor do bem-estar e que a probabilidade de um estado óptimo de bem-estar aumenta à medida que aumenta a extroversão e diminui o neuroticismo (Langelaan et al., 2006). Por exemplo, indivíduos com elevada extroversão procuram situações que promovam afectos positivos (Clark & Watson, 1988, cit. in Gross, 1999). Noutro estudo, verificou-se que indivíduos com neuroticismo elevado discutiam mais com os cônjuges do que os indivíduos com níveis mais baixos desta característica (Gross, 1999).

Bradburn (1969), num estudo piloto, procurou analisar como determinadas mudanças macro-estruturais (ex: educação, tensões políticas, padrões de emprego, etc.) afectavam a vida dos cidadãos e, conseqüentemente, o seu bem-estar psicológico. O autor percebeu que o bem-estar psicológico poderia ser conceptualizado em função de duas dimensões independentes: o afecto positivo e o negativo. Partiu do pressuposto que as pessoas tendem a codificar as suas experiências em função, entre outras, da sua tonalidade afectiva (positiva, negativa ou neutral), não interessando tanto avaliar a experiência objectiva mas a apreciação desta. Conceptualizou a Affect Balance Scale (adiante designada de ABS), como uma forma de medir o afecto positivo e negativo. É uma escala constituída por 10 itens, cinco para cada um dos dois estados afectivos. As questões referem-se a espaços temporais específicos (“durante as últimas semanas sentiu-se...”) de modo a que os indivíduos respondam em relação a circunstâncias actuais, de forma a se poder perceber a contribuição dos factores ambientais para o bem-estar psicológico. Para Bradburn (1969) se fossem perguntas mais globais, estar-

se-ia a medir tendências de longo-prazo que poderiam reflectir aspectos mais ligados à personalidade.

Badburn (1969) verificou que era maior a percentagem dos indivíduos que respondiam afirmativamente aos itens positivos (com a excepção do item “no topo do mundo”) do que aqueles que respondiam afirmativamente aos itens negativos, o que permitiu concluir que o afecto positivo impera na maioria dos respondentes. O autor chama ainda a atenção que os itens positivos e os negativos apresentam uma correlação interna significativa, configurando as duas dimensões. Mais, os itens positivos não se correlacionam com os negativos, nem as duas dimensões estão correlacionadas, quer negativamente, como se poderia antecipar à partida, quer positivamente. Isto levou-o a concluir que se está a lidar com duas dimensões independentes de afecto. Relativamente a diferenças de sexo, Bradburn (1969) não encontrou diferenças significativas. A este respeito, Ryff (1989) chama a atenção para que as variáveis sociodemográficas, mesmo quando combinadas entre si, tendem a não estar relacionadas com os afectos e o bem-estar psicológico. Badburn (1969) refere que em relação à satisfação no casamento, se verificou uma ligação directa entre a estrutura do afecto positivo e negativo e a satisfação ou tensões no casamento, respectivamente. Em relação à satisfação no trabalho, a associação revelou-se bem mais complexa, ainda que as duas dimensões sejam importantes em vários aspectos da profissão. O autor verificou também que as medidas de afecto negativo se correlacionavam com indicadores de ansiedade, sintomas psicossomáticos, preocupação e tensões interpessoais, e as medidas de afecto positivo se correlacionavam com indicadores de envolvimento social e com a procura de experiências novas e variadas.

Seguidamente, analisamos o conceito de procura de experiências e de sensações, através do traço de “sensation seeking”.

2.4. O traço de procura de sensações

O “sensation seeking” ou traço de procura de sensações ou procura de emoções fortes, é um traço de personalidade que descreve uma tendência de procura de sensações novas, variadas, complexas e intensas, associada à disposição para assumir riscos para alcançar essas experiências. Esses riscos podem ser de nível físico, social, legal e financeiro (Zuckerman, 1994; 2007). As expressões comportamentais do sensation seeking podem encontrar-se em vários tipos de comportamentos de risco como condução perigosa (Arnett, 1996; Rimmö, & Åberg, 1999; Whissell & Bigelow, 2003), comportamentos de saúde (Caspi et al., 1997 cit. in Donohew et al., 2000), jogo (Bonnaire et al., 2006; Langewisch & Frisch, 1998; Parke et al., 2004), actividades financeiras (Grinblatt & Keloharju, 2005), uso de álcool e drogas (Arnett, 1996; Ball et al., 1994; Desrichard & Denarié, 2005; Hoyle et al., 2002; Parent & Newman,

1999; Scourfield et al., 1996; Stephenson et al., 2003), actividade sexual (Arnett, 1996; Donohew et al., 2000; Gullette & Lyons, 2005; Mashegoane et al., 2002) e desporto (Gomà-i-Freixanet, 1995; Franques et al., 2003; Murray, 2003). É um traço que também está envolvido nas preferências e escolhas vocacionais, satisfação no trabalho, relações afectivas, atitudes sociais, entre outras (Zuckerman, 1994; 2007). A investigação sobre a procura de sensações foi percebendo que este envolvia vários tipos de riscos, incluindo legais, financeiros e sociais, o que levou a um alargamento da teoria da assumpção de riscos, em termos do conflito entre afectos positivos e negativos ou de expectativas dos resultados. Além disso, há investigação que aponta para o papel do “sensation seeking” como mediador do stress (Zuckerman, 1994), razões pelo que se seleccionou este traço como uma variável a testar no nosso estudo.

Assim, o “sensation seeking” é, na sua essência, um traço “normal”, ou seja, não é revelador de funcionamentos intrinsecamente psicopatológicos ou mesmo anti-sociais. A maioria dos indivíduos com altos níveis de procura de sensações (doravante designados de “sensation seeker”¹²) não são desajustados nem apresentam um funcionamento psicopatológico (Zuckerman, 1994) nem mostram comportamentos anti-sociais ou desviantes (Gomà-i-Freixanet, 1995). É um traço expresso em termos de comportamentos de exploração e respostas de aproximação a estímulos novos (Zuckerman, 2004, cit. in Reio Jr. & Sanders-Reio, 2006) sendo que o objectivo do comportamento de “sensation seeking” é o aumento da estimulação, em vez do seu decréscimo (Zuckerman, 1994). São indivíduos que se envolvem mais em desportos radicais ou fora do comum, como por exemplo, bungee-jumping¹², sky-surfing¹² ou rock climbing¹² (Zuckerman, 2000).

Há, não obstante, determinadas psicopatologias mais associadas a altos níveis de procura de sensações, como a personalidade anti-social, o abuso de substâncias ou a perturbação bipolar de personalidade, ou a baixos níveis, como a esquizofrenia ou perturbações de ansiedade. Geralmente estas associações incluem também a presença de determinados traços biológicos (Zuckerman, 1994; 2007).

Este traço tem sido muito estudado na perspectiva da delinquência e do abuso de substâncias, entre outros, devido à disposição dos indivíduos com altos níveis de procura de sensações para assumir riscos na prossecução de experiências novas. Como tal, tem sido central na investigação sobre a prevenção de comportamento de risco para a saúde (Stephenson et al., 2003). No entanto, como Zuckerman (1994; 2000), Arnett (1994, cit. in Eaddy, 1997) e Gomà-i-Freixanet (1995) sublinham, não é o próprio risco que é motivador do comportamento, pelo que o estudo deste traço na nossa amostra pode constituir uma abordagem original aos estudos tradicionais neste tópico. Salienta-se que, mesmo no âmbito

¹² Expressão anglo-saxónica original.

dos comportamentos de risco, há autores que defendem que a assumpção de riscos pode dispor-se num *contínuum* desde a anti-socialidade, num extremo à pró-socialidade¹³, no outro (Gomà-i-Freixanet, 1995). Outra distinção teórica diferencia entre os comportamentos de risco ocasionais dos que são frequentes, sendo que a investigação tem suportado a ideia de que os indivíduos com comportamentos ocasionais raramente diferem daqueles que não apresentam esses comportamentos. Além disso, não mostram desajustamento psicológico e social, como acontece nos indivíduos com comportamento de risco frequentes. Ou seja, não há uma relação linear desde os comportamentos de abstinência (sinal de ajustamento psicológico), até à tomada de risco frequente, sinal de desajustamento psicológico (Desrichard & Denarié, 2005).

Ao estudar a presença do traço em várias profissões, Zuckerman (1994) afirma que há profissões que tendem a congregar maior número de “sensation seekers”, como bombeiro, polícias, pilotos, etc. No entanto, outras há que, apesar de não serem arriscadas em termos físicos, também atraem “sensation seekers” por oferecerem uma grande variedade de actividades interessantes. Entre elas o autor destaca a de médico, por ser uma área de trabalho onde o quotidiano tende a variar, pautado por actividades diversas, com a assunção da tomada de algum risco em prol de outros (neste caso, risco pró-social). No entanto, dentro da medicina, a procura de sensações pode determinar que tipo de especialidade ou de actividades médicas preferem os profissionais. Destaca as áreas mais ligadas à emergência hospitalar ou de intervenção em contexto de crise como sendo as que apresentam mais profissionais com níveis mais elevados do traço em relação aos contextos mais tradicionais da Medicina (Zuckerman, 1994; 2007). Eaddy (1997) comprovou este dado no seu estudo sobre médicos emergencistas, encontrando níveis altos do traço. Zuckerman (2007) conclui assim que os indivíduos mais vocacionados para profissões de risco pró-social, nas quais são frequentes altos níveis de stress, tendem a apresentar maiores índices de procura de sensações.

Relativamente aos interesses vocacionais de jovens, Zuckerman (1994) cita um estudo que encontrou correlações positivas da procura de sensações com interesses em humanidades e ciências sociais (incluindo a Psicologia) e negativo com o interesse nas ciências biológicas. Noutro estudo citado pelo autor, concluiu-se que para os estudantes universitários homens a procura de sensações correlacionava-se positivamente com as profissões de ajuda, incluindo a de psicólogo, médico, psiquiatra e assistente social e negativamente com a gestão (como banca e contabilidade). Justificava que as profissões de ajuda tendem a envolver uma maior

¹³ Eaddy (1997) exemplifica com os médicos do serviço de urgência que representam uma população de “sensation seekers” envolvidos em actividades vocacionais pró-sociais.

variedade e mais interações sociais do que outras profissões mais burocráticas, onde as transacções de rotina são predominantes.

Quanto ao stress no trabalho e satisfação no trabalho, Zuckerman (1994) cita um estudo holandês de Van den Berg e Feiji em 1991, em que relacionaram a Escala de Sensation Seeking com medidas de características do trabalho, de stress laboral e satisfação profissional, com o objectivo de predizerem da intenção de abandono laboral. Verificaram que a procura de sensações, o stress profissional e a satisfação laboral eram preditores directos da intenção de abandono do trabalho, sendo a satisfação laboral a variável mais forte. Assim, os trabalhadores com maior procura de sensações, maior nível de stress e menores níveis de satisfação profissional, tinham maior probabilidade de abandonar o trabalho. Também verificaram que a procura de sensações predizia a intenção de abandonar o trabalho, independentemente da satisfação profissional. A procura de sensações correlaciona-se negativamente com a satisfação no trabalho em profissões monótonas, muito estruturadas, que ofereçam pouca autonomia aos trabalhadores ou lhes exijam poucas competências. Os autores concluíram que os “sensation seekers” necessitam de mudança e de variação independentemente dos seus níveis de stress e satisfação no trabalho.

No que respeita às relações interpessoais, os “sensation seekers” parecem desfrutar de interações sociais. De facto, tendem a dominar as situações sociais e envolvem-se em “self-disclosure”¹⁴ mesmo com pessoas que não conhecem bem, incentivando igualmente a partilha por parte dos outros. São geralmente mais espontâneos, comunicam muito de forma não-verbal e são emocionalmente expressivos. Tendem a ser mais aventureiros, envolvendo-se muitas vezes em relações descomprometidas. Num casal, os níveis de procura de sensações tendem a ser congruentes nos dois elementos. Entre casais solteiros, dois “sensation seekers” de nível baixo são mais compatíveis do que “sensation seekers” com altos níveis (Zuckerman, 1994).

Pela sua importância para o nosso trabalho e por ser uma abordagem inovadora no estudo dos médicos, referimos seguidamente alguns detalhes do traço de procura de sensações e da sua forma de avaliação.

2.4.1. Avaliação e dimensões do traço de procura de sensações

A investigação a nível biológico na procura de sensações tem apontado para a grande influência da hereditariedade, o que parece indicar que as diferenças individuais devem ser mediadas por diferenças de base neuropsicológica e psicofarmacológica, mais directamente

¹⁴ “Self-disclosure” é uma expressão que significa partilha de emoções, acontecimentos, pensamentos, etc., pessoais, mais ou menos íntimos. A informação partilhada é pessoal e refere-se a elementos que o outro normalmente não teria meios de descobrir ou conhecer. Envolve risco e vulnerabilidade para a pessoa que partilha a informação.

influenciadas por genes (Zuckerman, 1994). Ou seja, para Zuckerman, os “sensation seekers” poderiam reflectir uma programação genética que influenciaria a bioquímica do sistema nervoso central (Reio Jr. & Sanders-Reio, 2006). Estudos com gémeos revelaram uma relação relativamente alta para um traço de personalidade (Stoel, De Geus & Boomsma, 2006; Zuckerman, 1994; 2000). Assim, a base teórica da procura de sensações como uma dimensão bio-social da teoria da personalidade tem evoluído ao longo do tempo no sentido de incorporar novos dados da investigação biológica.

A alta hereditariedade do traço não significa que os factores ambientais não são influentes. De facto, factores biográficos, religião, estimulação parental e outras características familiares (parentais), como o nível sócioeconómico, têm sido associados ao sensation seeking (Zuckerman, 1994). O autor considera as influências biológicas e sociais no traço de procura de sensações considerando-o como um estímulo com base biológico-genética de expressão variada e socialmente aprendida. Zuckerman e colaboradores (1964, cit. in Zuckerman, 1994) partiram da ideia de que existiam diferenças individuais consistentes nos níveis óptimos de estimulação e excitação e que essas diferenças eram passíveis de serem medidas através de um questionário. Desenvolveram, assim, a Sensation Seeking Scale, cuja forma V utilizaremos neste estudo. Para Zuckerman (2004, cit. in Reio Jr. & Sanders-Reio, 2006), ainda que a Escala de Sensation Seeking partilhe das limitações dos instrumentos de auto-relato, tem sido demonstrada a sua utilidade na predição de uma grande variedade de comportamentos.

A construção da Escala de Sensation Seeking (Sensation Seeking Scale, adiante designada de SSS) baseou-se no conceito de procura de estimulação/sensações e na noção de que existem diferenças inatas na reactividade a diferentes intensidades de estimulação (Zuckerman, 1994). A SSS foi evoluindo desde a sua concepção, apresentando-se em várias formas. Utilizamos a SSS-V que, além de ser a mais utilizada na investigação (Hoyle e tal., 2002; Stephenson et al., 2003), foi também usada num outro estudo que analisou a relação entre burnout e procura de sensações em polícias portuguesas (Mendes, 2005). A escala encontra-se formulada em termos de escolha “forçada” entre duas alternativas. O objectivo é tentar reduzir e/ou eliminar a influência da desejabilidade social ou de conjuntos de respostas de aquiescência (Zuckerman, 1994). A desejabilidade social revela a tendência de dar respostas vistas como mais socialmente desejáveis em vez de respostas honestas. Possui quatro subescalas que apresentamos seguidamente:

- procura de emoção e aventura (TAS - “Thrill and adventure seeking”) - os itens desta subescala expressam o desejo de envolvimento em desportos ou outras actividades fisicamente desafiadoras que provoquem sensações fora do comum como pára-quedismo,

mergulho ou esquí. Como muitos dos itens desta subescala referem-se a actividades fora do habitual, estão formulados em termos de “gostaria de ...” em vez do relato da experiência em si, como por exemplo, o item nº20 “Gostaria de aprender a pilotar um avião”.

- procura de experiências (ES – “Experience seeking”) - este factor refere-se à procura de sensações e experiências novas através da mente e dos sentidos, tanto através de música, arte e viagens como através da não conformidade social pela associação a grupos mais ou menos marginais da sociedade. Como exemplo, temos o item nº14 “Gosto de experimentar comidas que nunca provei”.

- desinibição (DIS – “Disinhibition”) - esta dimensão espelha a procura de emoções através de actividades sociais, como festas, consumo social de bebidas ou sexo. Um item que descreve este factor é o nº1 “Gosto de festas desinibidas e loucas”.

- intolerância ao aborrecimento (BS – “Boredom susceptibility”) – esta subescala representa a intolerância a actividades rotineiras e experiências repetitivas, incluindo trabalhos rotineiros ou pessoas aborrecedoras. Um item que expressa a atitude é o nº5 “Aborreço-me de ver sempre as mesmas caras”.

As subescalas desinibição e procura de experiências representam as formas de procura de sensações menos aceitáveis socialmente, enquanto as subescalas procura de emoção e aventura e intolerância ao aborrecimento reflectem as mais aceitáveis (Zuckerman, 1978, cit in. Hoyle et al., 2002). A desinibição está fortemente associada ao comportamento irresponsável talvez devido ao seu aparente efeito na fase de tomada de decisão do processamento de informação (Orlebeke et al., 1990, cit. in Hoyle, 2002).

2.4.2. Efeito das diferenças individuais na procura de sensações

Relativamente às diferenças individuais, o sexo e a idade aparecem como as variáveis mais significativamente relacionadas com a procura de sensações, sendo que entre as duas, o sexo é a que se relaciona de forma mais forte com a procura de sensações (Zuckerman, 1994).

Numa revisão de vários estudos que utilizaram a Escala Sensation Seeking, Zuckerman (1994) afirma geralmente serem encontradas diferenças de sexo, sendo que os homens tendem a apresentar níveis mais altos de procura de sensações do que as mulheres. Especificamente, salvo raras excepções, os homens tendem a obter resultados mais altos nas escalas TAS (procura de emoção e aventura) e DIS (desinibição) do que as mulheres, não se encontrando diferenças na ES (procura de experiências). Esta não diferenciação quanto à procura de experiências pode significar que enquanto os homens procuram formas mais activas de procura de sensações, as mulheres são igualmente abertas a experiências novas mas através dos sentidos e do estilo de vida.

Relativamente à expressão da emoção os “sensation seekers” homens caracterizam-se pelo gosto e capacidade em expressar as emoções de forma livre e intensa (Zuckerman, 1994). De facto, a procura de sensações enquanto traço associa-se à expressão emocional, principalmente no que respeita às emoções positivas, mas também à expressão de cólera (Zuckerman, 1994).

Quanto à idade, os dados dos estudos, maioritariamente transversais, documentam o declínio da procura de sensações ao longo da idade. No entanto, Zuckerman (1994) afirma a necessidade da realização de mais investigação longitudinal¹⁵, para permitir confirmar se as diferenças encontradas na maioria dos estudos representam reais diferenças de idade na procura de sensações. De qualquer modo, os estudos longitudinais existentes confirmam-no. Zuckerman (1994) numa revisão de estudos considera a maior parte deles testemunha um aumento na procura de sensações desde a infância, alcançando o seu pico na adolescência/início da idade adulta, e diminuindo de forma estável a partir dessa altura. Observa-se, assim, um decréscimo na procura de sensações global e, especificamente, nas dimensões desinibição e procura de emoção e aventura a partir da fase final da adolescência, início da idade adulta. De qualquer modo, na maioria das populações estudadas, parece haver alguma interacção entre sexo e idade. A subescala ES (procura de experiências), sendo a única que não apresenta diferenças de género, é particularmente vulnerável a diferenças geracionais, sendo muito influenciada por mudanças culturais e educacionais (Zuckerman, 1994). McCrae e Costa (1988, cit. in Zuckerman, 1994) argumentam que embora não seja típico assistir-se a mudanças ao longo da idade adulta na maior parte dos traços de personalidade, uma das escalas que apresenta um declínio consistente, quer em estudos transversais e longitudinais, é a abertura à experiência, expressa nas acções, escala fortemente relacionada com a procura de experiências da procura de sensações (Zuckerman, 1994).

A relação entre a escolaridade e a procura de sensações não é linear. Geralmente, as amostras universitárias tendem a revelar níveis mais altos de procura de sensações do que as não universitárias. No entanto, por outro lado, verifica-se que indivíduos que abandonam a escola ou a universidade tendem a apresentar maior procura de sensações do que aqueles com a escolaridade completa ou com grau académico. De facto, os indivíduos com altos níveis de procura de sensações apresentam maior risco de insucesso escolar do que aqueles com níveis baixos (Zuckerman, 1994).

¹⁵ Hoyle e colaboradores (2002) referem que o grande número de itens da SSS-V tem impedido a sua inclusão nos inquéritos típicos da investigação longitudinal, particularmente na área dos problemas comportamentais. Stephenson e colaboradores (2003) testaram duas medidas abreviadas desta escala com o objectivo de tentar ultrapassar esta dificuldade.

O nível socioeconómico parece ter maior influência na procura de sensações em mulheres do que em homens. Na tentativa de explicação destes resultados, Zuckerman (1994) teoriza que as polarizações culturais do papel sexual expressam maior aprovação da expressão de procura de sensações nos homens do que nas mulheres. Em famílias menos escolarizadas e de nível socioeconómico mais baixo, essa polarização seria mais visível e tenderiam a restringir as atitudes de procura de sensações nas mulheres ao longo do seu desenvolvimento, enquanto as mais escolarizadas e de nível socioeconómico mais alto tenderiam a encorajá-las.

No estudo de Zuckerman e Neeb (1980, cit. in Zuckerman, 1994), relativo ao estado civil, o grupo dos sujeitos viúvos apresentou médias muito semelhantes ao dos casados. Aparentemente, os indivíduos divorciados, de ambos os sexos, apresentam altos níveis de procura de sensações, maior desinibição e procura de novas experiências. Fica por explicar qual a direcção do efeito, isto é, se é por serem altamente “sensation seekers” que têm maior propensão ao divórcio, ou se é por o divórcio, em si, reactivar a necessidade de experiências novas, influenciando desta maneira os altos níveis de procura de sensações. Relativamente ao sexo, os homens divorciados pontuaram significativamente mais na procura de sensações total e nas subescalas do que os solteiros e os casados. Entre as mulheres, não se encontraram diferenças entre as solteiras e as divorciadas, mas estes dois grupos apresentaram níveis maiores de procura de sensações em relação às casadas. Na subescala DIS (desinibição), o grupo das divorciadas apresentava os níveis mais altos, o das casadas o mais baixo e o das solteiras o nível intermédio.

Zuckerman (1994; 2000; 2007) apresenta a procura de sensações como um traço normal de personalidade. Não obstante, acrescenta que quando combinado com determinados traços, pode resultar numa perturbação da personalidade ou numa condição clínica. Por exemplo, altos níveis de procura de sensações combinados com falhas na socialização, podem originar, numa situação extrema, personalidade anti-social. Há evidências da associação da procura de sensações com a perturbação bipolar, mesmo quando não estão em fase maníaca. As perturbações depressivas e a esquizofrenia associam-se à baixa procura de sensações.

Relacionando com os “Big five” factores de personalidade de McCrae & Costa (1999), Zuckerman (1999) afirma que a abertura à experiência emerge como o factor que se correlaciona mais fortemente com a dimensão procura de experiências, o que seria de esperar, dado que são indivíduos caracterizados pela necessidade de variedade, novidade e mudança, aspectos muito relacionados com esta subescala. A meticulosidade e a agradabilidade aparecem como correlatos negativos da procura de sensações, além de que parece haver pouco em comum entre procura de sensações e as dimensões neuroticismo ou a extroversão. Os indivíduos com elevada extroversão requerem altos níveis de estimulação, tendendo a ser

“sensation seekers”. Para Eysenck (cit. in Zuckerman, 1994) a procura de sensações seria um sub-traço da extroversão.

O “sensation seeking” parece então ser motivado pelo prazer intrínseco derivado das sensações e actividades. Zuckerman (1994) questiona-se se os “sensation seekers” seriam hedonistas e, ao contrário, aqueles com baixa presença do traço seriam não-hedonistas¹⁶. Mas concluiu que os indivíduos com níveis de procura de sensações altos ou baixos podem diferir apenas nas fontes de onde derivam o prazer e não na capacidade generalizada de sentir prazer. De facto, o autor apresenta dados que suportam a ideia de que a forte relação inversa entre o não-hedonismo e a procura de sensações se limita a indivíduos com psicopatologia, e em indivíduos “normais” não se encontraram relações significativas. Estes dados permitiram concluir que os indivíduos com baixos níveis de procura de sensações podem simplesmente obter prazer de actividades menos estimulantes, experienciando aquilo que Hamilton, Haier e Buchsbaum (1984, cit. in Zuckerman, 1994) designaram de “entretenimento intrínseco”, ou seja, a capacidade de envolvimento intenso, interesse e absorção mesmo em actividades ou trabalho rotineiro.

Para muitas pessoas, as experiências reais são geralmente mais estimulantes do que as vicariantes. No entanto, para indivíduos com baixos níveis de procura de sensações essas experiências passivas (ex: ver um espectáculo musical na TV em vez de assistir a um festival de música ao vivo) podem proporcionar o nível de estimulação que desejam ao passo que a experiência real poderia levá-los para além dos seus níveis de estimulação necessária até às raias do incómodo (Zuckerman, 1994). Além disso, muitas das actividades nas quais os “sensation seekers” se envolvem não acarretam risco algum, como ouvir música “pesada” num volume alto, ver filmes de terror ou viajar para locais exóticos (Zuckerman, 2000).

A impulsividade, embora não equivalente à procura de sensações, é um traço altamente correlacionado com este, particularmente nos aspectos que se referem ao não planeamento e à assunção de riscos. Nas análises factoriais de traços, o sensation seeking e a impulsividade aparecem como partes essenciais da dimensão de personalidade psicoticismo identificada por Eysenck (Zuckerman, 1994).

2.4.3. Procura de sensações e outras variáveis

A relação da procura de sensações com o stress tem dados contraditórios. Aparentemente, os indivíduos com níveis mais baixos de procura de sensações estariam mais vulneráveis ao stress. No entanto, há estudos com resultados que contrariam esta associação, com os “sensation seekers” a sofrerem mais de stress, existindo outros estudos que não

¹⁶ No original “anhedonists”.

encontram qualquer relação (Zuckerman, 1994). Quanto ao stress ocupacional e satisfação no trabalho, referimos já o estudo de Van den Berg e Feiji (1991, cit. in Zuckerman, 1994), onde verificaram que um valor alto no traço estava negativamente correlacionado com a satisfação no trabalho, quando este é rotineiro e monótono, e que a procura de sensações predizia a intenção de abandonar o trabalho, independentemente da satisfação profissional.

Em relação ao burnout, Zuckerman (1994) cita um estudo em estudantes universitários em que altos níveis de burnout se correlacionavam com baixos níveis de procura de sensações total, de procura de experiências e de intolerância ao aborrecimento. Aqui a procura de sensações funcionava como um protector do burnout, e o autor adianta uma explicação possível, referindo que os estudantes “sensation seekers” poderiam variar as suas experiências e procurarem diversidade na vida académica, quer dentro dos cursos quer noutras actividades do contexto universitário, protegendo-os do desgaste. A este respeito, Cherniss (1991) salienta que os profissionais envolvidos em projectos especiais da instituição que encorajem a experimentação, inovação e aprendizagem tendem a resistir mais ao burnout do que aqueles que o não estão. No presente trabalho, tentaremos perceber se o burnout médico, a existir, se associa negativamente com a procura de sensações, como Zuckerman encontrou no seu estudo. Eaddy (1997), na sua investigação estudou 425 médicos de serviço de urgência partindo do princípio de que a procura de sensações, traço presente nesta especialidade médica, funcionaria como um mediador no desenvolvimento do burnout. No entanto, os resultados não apontaram para uma relação significativa entre estas duas variáveis, resultado encontrado também por Palmer e Spaid (1996, cit. in Eaddy, 1997) numa outra amostra destes profissionais. Mendes (2005) num estudo em 150 polícias do Porto obteve níveis de burnout abaixo da média, bem como indicadores de elevada propensão para a procura de emoções e aventura e elevada tolerância ao aborrecimento.

Não existe uma relação entre a procura de sensações e a ansiedade, apenas uma relação negativa baixa entre a subescala TAS e o medo de mal físico e ansiedade de estado em situações onde o dano físico é possível (Zuckerman, 1994). Seria uma associação de estado e não de traço e, mesmo assim, não significativa. Quanto à agressividade e fúria, encontrou-se uma associação entre a subescala DIS, particularmente nos homens.

Os “sensation seekers” não aparentam ser mais vulneráveis a doenças psicofisiológicas, mas tendem a envolver-se mais em actividades pouco saudáveis conducentes a essas desordens, como fumar, beber e usar drogas (Zuckerman, 1994). O elevado índice de abuso de substâncias, como álcool, tabaco e drogas encontrados em vários estudos sobre a população médica (cf. Capítulo 3 deste trabalho) constitui mais uma razão para testarmos esta variável na nossa amostra.

A relação da procura de sensações com o tipo de aprendizagem foi também estudado, tendo-se verificado que os “sensation seekers” apresentam maior capacidade de focar atenção numa tarefa ou num estímulo. A sua performance não é afectada na presença de um estímulo distractor ou de uma tarefa adicional, podendo mesmo, ao contrário dos indivíduos com baixa procura de sensações, aumentar o seu desempenho ou então compensar, dessa forma, a influência da habituação e do tédio. São presumivelmente mais capazes de alternar a atenção rapidamente entre a primeira tarefa e a segunda (Zuckerman, 1994). Efectivamente, os “sensation seekers” apresentam um melhor desempenho em contextos variados que considerem estimulantes (Reio Jr. & Sanders-Reio, 2006). Bjork-Akesson (1990, cit. in Reio Jr. & Sanders-Reio, 2006) concluiu nos seus estudos que os “sensation seekers” têm uma tendência à estimulação e à excitação porque têm menor probabilidade de ficarem sobrecarregados por situações novas.

Quanto à inteligência, existe uma correlação significativa, mas baixa, entre a procura de sensações e a inteligência geral. No entanto, esta não se verifica através de classificações académicas elevadas, estando as escalas “desinibição” e a “procura de experiências” relacionadas negativamente com a realização académica. Zuckerman (1994) hipotetiza que as situações de aprendizagem em sala de aula geralmente não vão ao encontro das necessidades do “sensation seeker”, que se realiza mais através de actividades extra-curriculares, o que parece concordar com outras características destes indivíduos que é o serem não conformistas.

A procura de sensações é importante no contexto profissional, pois tem-se mostrado como de grande influência numa grande variedade de comportamentos relacionados com o trabalho. Contudo, falta investigação sobre a sua relevância no desempenho profissional ou na aprendizagem laboral. Por exemplo, os “sensation seekers” podem não se sentir motivados a aprender as competências profissionais necessárias ao seu desempenho, se consideram estar num trabalho monótono e aborrecido, o que pode influenciar os seus desempenhos laborais em termos técnicos e ao nível das relações interpessoais (Reio Jr. & Sanders-Reio, 2006).

Tentamos neste capítulo descrever como as emoções e a personalidade podem estar relacionadas, abordando ainda o traço específico da procura de sensações, traço que avaliaremos em médicos no nosso estudo empírico. Contudo, antes de avançarmos para o estudo empírico, consideramos pertinente descrever a actividade médica, o que faremos no capítulo seguinte.

Capítulo 3

A Profissão de Médico

*"To each one of you the practice of medicine will be very much as you make it
- to one, a worry, a care, a perpetual annoyance;
to another, a daily joy and a life of as much happiness and usefulness
as can well fall to the lot of man"*

Sir William Osler, médico inglês do final do séc. XIX, início do séc. XX
(cit. in McManus et al., 2004, p.1).

*"O remédio mais usado em Medicina é o próprio médico,
o qual, como os restantes medicamentos,
precisa de ser conhecido na sua posologia, efeitos secundários e toxicidade".*

Balint, psicanalista húngaro
(cit. in Nogueira-Martins, 2003, p.67)

Neste terceiro capítulo iremos abordar um pouco mais aprofundadamente a profissão de médico, especificamente relacionando-a com a predisposição para o desenvolvimento e manifestação do burnout, bem como características destes profissionais em termos de personalidade e emoções. Terminamos com algumas considerações sobre a intervenção no burnout em médicos.

3.1. O trabalho médico: breve referência ao exercício da Medicina

O exercício da Medicina faz-se num determinado meio sócio-cultural e económico. Está inserida no mundo, faz parte da história da evolução das sociedades, em todos os seus períodos, contribuindo para o seu progresso, ao mesmo tempo que cresce e melhora a sua eficácia através deste. Em termos de representação social, o médico é visto como alguém especial, com grandes responsabilidades e, por outro lado, com fortes privilégios e estatuto social, ao mesmo tempo idolatrado, temido e invejado, ocupando um lugar de topo na hierarquia de prestígio social (Frasquilho, 2005a). A profissão médica tem muitas gratificações psicológicas: aliviar a dor e o sofrimento, curar doenças, salvar vidas, diagnosticar correctamente, sentir-se competente, ensinar, aconselhar, educar, prevenir doenças, receber reconhecimento e gratidão, são algumas das características psicológicas da tarefa médica que fazem da medicina uma profissão atraente e gratificante (Magalhães e Glina, 2006; Nogueira-Martins, 2003). A relação que se estabelece entre médico e doente é desigual na sua natureza: o primeiro providencia o cuidado e o segundo recebe-o (Bakker et al., 2000c; Smets et al., 2004; Van Dierendonck, Schaufeli & Sixma, 1994). O médico está, assim, imbuído da capacidade de preservar a vida, sendo o seu papel muitas vezes idealizado. Mas, curar é na verdade frequentemente inatingível, pois a Medicina não é uma ciência exacta.

Por outro lado, e decorrente desta deificação, a falha é vista como inadmissível e, quando acontece, é muitas vezes extrapolada e vista como representando toda a actuação da classe médica. Socialmente, o médico é muitas vezes percebido em dois extremos, numa atitude de clivagem face à profissão: “sacralizado e demonificado” (Frasquilho, 2005a, p.439). A sociedade sofreu mudanças que foram levando a uma diminuição do estatuto dos médicos e ao aumento da probabilidade de denúncias de má prática (Frasquilho, 2005a; Magalhães & Glina, 2006; Smets et al., 2004) além de que frequentemente estes profissionais se confrontam com doentes com exigências impossíveis de satisfazer, que não seguem as prescrições e que os ameaçam e intimidam (Bakker et al., 2000c). A sociedade está cada vez mais hedónica, intolerante ao desconforto e sofrimento, recorrendo a soluções médicas para situações que não carecem desse tipo de intervenção, indignando-se com a falta de cura para doenças crónicas e queixando-se de procedimentos mais invasivos (Frasquilho, 2005a). Além disso, a viragem

para as chamadas “medicinas alternativas” pode constituir um sintoma da insatisfação do público em relação à incapacidade da medicina tradicional em considerar a pessoa como um todo, com sentimentos, emoções e não como mero organismo biológico (Damásio, 1994).

Hoje em dia, com a necessidade da maior objectividade nos diagnósticos, do primado do método científico sobre os valores culturais humanistas relacionais, assiste-se a uma maior procura por parte dos médicos da subespecialização, levando a que especialidades como medicina interna e medicina geral e familiar sejam evitadas (Frasquilho, 2005a). Damásio (1994, p.251) considera ainda que a combinação desta necessidade de subespecialização com a evolução avassaladora da tecnologia e do conhecimento médico “tornam a medicina cada vez mais inadequada”, com uma dimensão cada vez mais industrial, acarretando um sem-número de problemas. Sobre este ponto, Gaspar (2006) refere que o poder da tecnologia e os desafios e exigências de uma sociedade em mudança levou à atracção pelas subespecialidades hospitalares, uma vez que estas reflectem melhor a imagem da tecnologia, proporcionando também um maior prestígio em termos de cultura médica. Esta realidade repercute-se nas escolhas profissionais dos jovens médicos na actualidade.

Também a tarefa médica mudou. Há algumas décadas, o médico limitava frequentemente as suas preocupações ao diagnóstico e à prescrição que, regra geral, era aceite pelo doente. Hoje em dia, a tarefa reveste-se de uma exigência burocrática, preenchimento de impressos, baixas, etc. (Frasquilho, 2005a; Moore, 2003) e exigências de acção noutros contextos onde se insere o doente, numa perspectiva de intervenção mais global, que vá além dos cuidados e promova a saúde. Para além disso, o trabalho fragmenta-se, exigindo-se novas capacidades ao médico, como as de comunicação, de investigação, de permanente actualização, de liderança e, ao mesmo tempo, de trabalho em equipas multidisciplinares em termos igualitários, de delegação de tarefas, de negociação e de conhecimento do marketing que envolve a área da saúde, entre muitas outras. A conciliação de vários papéis pode configurar dificuldades na identidade profissional (Frasquilho, 2005a) e vários estudos sobre a população médica têm verificado o agravamento da insatisfação profissional relativamente às crescentes complexidades da prática da Medicina (Spickard et al., 2002).

As recentes mudanças no serviço nacional de saúde, nas carreiras médicas, a criação de Hospitais SAs com novas lógicas produtivas, a subordinação dos médicos ao administrador, da pessoa ao capital, entre outras, foram criando sentimentos mistos de deslealdade à ideologia orientadora do percurso profissional, de receios quanto a um futuro a ser reescrito, de incoerência externa e interna, de não perceber afinal o que é que está certo e o que deve ser evitado (Frasquilho, 2005a).

No que se refere à evolução na carreira, a progressão na profissão de médico exige sacrifícios emocionais e pessoais para alcançar a recompensa intelectual (Ravindranath, 2000). De facto, a evolução na carreira médica está sujeita a múltiplas etapas altamente exigentes (provas, concursos) que prolongam o período de formação e a dependência muito além de qualquer outra profissão. Consequentemente, o médico confronta-se com uma vida em permanente adiamento, colocando sempre no futuro a realização de projectos individuais essenciais para a realização pessoal de qualquer ser humano (Frasquilho, 2005a). Já na própria faculdade, o próprio sistema escolar, ao prepará-los para futuros médicos, confronta-os com um estilo de vida stressante, tendendo a excluir subtilmente aqueles que não conseguem ser bem sucedidos nesses ambientes altamente exigentes (Ravindranath, 2000).

Actualmente, são reconhecidas as seguintes carreiras médicas¹⁷: carreira médica de clínica geral, carreira médica hospitalar e carreira médica de saúde pública. No que concerne à carreira médica hospitalar propriamente dita, referente à população em estudo, esta compreende as categorias de Assistente, Assistente Graduado e Chefe de Serviço sendo que a habilitação profissional para efeitos de ingresso e acesso na carreira é constituída pelos graus de Especialista e de Consultor. No nível inicial da carreira profissional encontramos os médicos em Internato, formação médica especializada, teórica e prática, iniciada logo após a licenciatura em Medicina, tendo como objectivo habilitar o médico ao exercício tecnicamente diferenciado na respectiva área profissional de especialização. O exercício autónomo da Medicina é reconhecido a partir de dois anos de formação¹⁸. O perfil profissional do médico da carreira hospitalar define-o como “um profissional habilitado para as funções hospitalares de assistência, de investigação e de ensino, a exercer em acção integrada multidisciplinar de trabalho de equipa hierarquizada, em conexão com os cuidados de saúde primários”¹⁹.

3.2. O Burnout na profissão de médico

O burnout nas profissões de saúde é visto tradicionalmente como sendo induzido por contactos intensos e emocionalmente carregados com pacientes (Maslach & Schaufeli, 1993). Entre as profissões de saúde, o trabalho do médico é o que tem sido mais estudado, quer do ponto de vista psicológico quer sociológico (Magalhães & Glina, 2006; Nogueira-Martins, 2003). Os médicos partilham com professores, controladores de tráfego aéreo, profissionais de emergência, enfermeiros, polícias e investidores na bolsa, o topo na lista de profissões com maior stress (Frasquilho, 2005a; 2005b). Ainda assim, para Schaufeli (1999) os níveis de

¹⁷ Artigo 14º do Decreto-Lei N.º 73/90, de 6 de Março.

¹⁸ Artigo 2º do Decreto-Lei N.º 203/2004, de 18 de Agosto.

¹⁹ Artigo 25º do Decreto-Lei N.º 73/90, de 6 de Março.

exaustão emocional na área da saúde (particularmente em Medicina e Saúde Mental) tendem a ser mais baixos quando comparados com os do ensino.

O contexto profissional actual dos médicos é muito complexo e exige respostas variadas destes profissionais. Enquanto uns o consideram estimulante, outros reagem com stress e ficam exaustos perante a sobrecarga laboral. Além disso, determina uma aprendizagem contínua de novas competências e capacidades, a par da evolução do conhecimento e novas tecnologias da Medicina e, também, pela própria mudança profissional, decorrente da progressão na carreira (McManus et al., 2004). O médico que trabalha em contexto hospitalar vê-se muitas vezes imerso em sistemas organizacionais onde a comunicação é paradoxal e a responsabilidade é subjectiva. A ambiguidade gera conflitos internos, auto-destrutivos, entre as polaridades de ser e agir: autoritário-democrático; decisão-acção; autonomia-dependência; conflito-consenso; competição-protecção; promoção-estagnação; pessoal-público; fantasia-realidade (Frasquilho, 2005a). A ambiguidade de papel e as dificuldades na clarificação de papéis são vistas como variáveis profissionais que levam ao desenvolvimento do burnout nos profissionais de saúde (Schaufeli, 1999), e nos médicos em particular (Revicki et al., cit in Hillhouse et al., 2000).

Frasquilho (2005a), numa revisão de estudos, salienta que o burnout tende a ser mais prevalente nos clínicos gerais, depois nos médicos hospitalares e sem expressão significativa nos com funções exclusivas de administração. Contribuíram para o burnout nos clínicos gerais a exigência dos utentes, a carga de trabalho e a hostilidade presente nos ambientes de trabalho. Para Moore (2003) o burnout nos médicos deve-se à falta de equilíbrio na vida laboral. Em Portugal, Hespanhol (cit. in Frasquilho, 2005a; 2005b) relacionou o elevado número de doentes a cargo dos clínicos gerais e o responder a mais de 125 consultas por semana com a insatisfação laboral e o stress. A insatisfação dos médicos em relação à cada vez maior complexidade da prática médica traduziria-se então no desenvolvimento do burnout (Spickard et al., 2002).

O interesse do estudo da síndrome de burnout no âmbito médico surge, então, como uma consequência das crescentes exigências sociais, organizacionais e emocionais que afectam actualmente o desenvolvimento da profissão e fazem parte da etiologia da síndrome. Para Frasquilho (2005a), no caso dos médicos, o burnout está em crescendo. Neste sentido, iremos abordar com mais detalhe as causas e manifestações do burnout nos médicos, para em seguida nos debruçarmos sobre o caso particular dos médicos no serviço de urgência.

3.2.1. Causas do burnout nos médicos

Tendo já estabelecido no Capítulo 1 deste trabalho aquilo que diferencia e aproxima os conceitos de stress e burnout, abordaremos seguidamente os factores de stress inerentes à prática médica na perspectiva da sua influência no desenvolvimento de burnout. Lembramos apenas que o burnout tem sido consensualmente visto como a fase final do processo de stress laboral (Maslach & Schaufeli, 1993) reflectindo a incapacidade de lidar eficazmente com agentes stressores crónicos (Melamed et al., 1999).

O médico tem de lidar com as múltiplas exigências que o tratar de doentes envolve, dentro do constrangimento dos fracos recursos organizacionais (Spickard et al., 2002). Começamos por destacar que o lidar com doentes é um importante factor de stress, pois implica contactar com o sofrimento e/ou morte dos doentes, com a dependência destes que se colocam nas mãos do médico, ou com o seu oposto, aqueles que não aderem aos tratamentos, com o contacto com familiares exigentes, entre muitas outras situações. Milheiro (2002, p.51) considera mesmo que o médico “lida efectivamente com frustrações piores do que outra prática qualquer”. Bakker e colaboradores (2000c) salientam que o burnout em médicos está relacionado com o lidar com doentes com problemas mais difíceis, com maiores exigências emocionais, que necessitam de mais tempo de cuidado directo e com aqueles com prognóstico mais reservado. Nogueira-Martins (2003) elenca os factores de stress directamente relacionados com o lidar com doentes: o contacto íntimo e frequente com a dor e o sofrimento; com a intimidade corporal e emocional; o atendimento de pacientes terminais; lidar com doentes difíceis, queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento, hostis, reivindicativos, auto-destrutivos, cronicamente deprimidos; lidar com as incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial que se contrapõem às exigências e expectativas dos pacientes e familiares que desejam certezas e garantias. Para Moreno-Jiménez e Puente (1999) há dois factores que parecem muito influentes no desenvolvimento do burnout nos médicos: o nível de carência emocional dos pacientes e as características organizacionais do próprio trabalho. Quanto mais altas forem as exigências dos doentes e o seu nível de dependência do trabalho do médico, maior é a probabilidade de aparecimento do burnout neste profissional. Além disso, o número de consultas diárias associa-se à exaustão emocional e à despersonalização (Truchot, 2004). Por outro lado, num estudo com 263 anestesiolistas portugueses, Morais e colaboradores (2006) encontraram altos níveis de despersonalização e associaram-nos à falta de reciprocidade na relação com os doentes, concretamente ao pouco contacto que têm após a cirurgia, que pode culminar na falta de empatia e na despersonalização.

O carácter stressante da tarefa médica tem-se amplificado significativamente devido ao volume de pacientes e às precárias condições de trabalho, vigentes em muitos serviços da rede pública hospitalar, o que tem gerado situações de franca hostilidade por parte dos pacientes e familiares (Magalhães & Glina, 2006). De facto, como salienta Frasquilho (2005a) a violência sobre médicos é um fenómeno em crescimento e constitui outro importante factor de stress. A autora apresenta dados de uma investigação da Direcção Geral de Saúde que revelou casos de violência sobre profissionais de saúde em 81% de hospitais e 77% de centros de saúde, sendo 66% das vítimas médicos. Das agressões registadas, mais de 90% dos casos referiam-se a ameaças e agressões verbais, mas 54% dos casos foram agressões físicas.

Outra condição potenciadora de stress prende-se directamente com o horário de trabalho: o trabalho por turnos e as cargas horárias de cada vez mais horas e cada vez mais dias, com jornadas de 24h e mais de trabalho. Na busca do estatuto idealizado, ou por uma questão de sobrevivência, muitos médicos investem profissionalmente em diversas frentes, acumulação de horários de trabalho, quer de prática pública quer de clínica privada, prescindindo de períodos importantíssimos como os dedicados ao descanso, ao lazer e à família. Ao mesmo tempo, sujeitam-se a críticas provenientes de vários contextos que exigem a sua presença e que o têm apenas a título parcial, como família, amigos, os próprios doentes, etc. (Frasquilho, 2005a). Schaufeli (1999) chama a atenção para o facto de a sobrecarga de trabalho e a pressão de tempo tenderem a relacionar-se com o burnout, especialmente com a exaustão emocional. Clever (1990, cit. in Magalhães & Glina, 2006) ao abordar diversos aspectos do exercício profissional dos médicos, refere que estes trabalham mais horas semanais do que a população geral, tiram menos tempo de férias e trabalham maior número de anos. Estes autores, num estudo em 74 médicos de um hospital público de S. Paulo, verificaram que grande maioria dos médicos referiu altas cargas horárias de trabalho sendo que os médicos com diagnóstico de burnout e com elevados níveis de exaustão emocional relatam cargas horárias entre as 61 e as 90 horas semanais. Concluíram que a sobrecarga laboral, caracterizada pelo excessivo número de horas de trabalho, as jornadas longas com poucas pausas para descanso e sem um local apropriado para o fazer, os poucos períodos de lazer e convívio familiar, e o desgaste com o público, têm exposto os médicos a implacáveis agentes agressores que podem contribuir para os resultados acima da média de exaustão emocional. Gopal e colaboradores (2005) estudaram o efeito da redução de horas de trabalho no burnout em médicos em internato, tendo verificado mudanças positivas em relação à redução do burnout. Martini e colaboradores (2006) verificaram o mesmo efeito em médicos a realizarem a especialidade de cirurgia. Gopal e colaboradores (2005) concluíram que o número de horas passadas em contacto directo com os doentes parece ser, assim, um

importante indicador de burnout. Em Portugal o horário médico nos serviços públicos de cuidados de saúde varia entre as 35 e 42 horas semanais. Muitos acumulam actividade pública com privada ultrapassando as 56 ou 60 horas semanais. A sobrecarga de trabalho associada horário nocturno, repercute-se na saúde física e mental do médico, sendo frequentes as alterações do sono (na quantidade e na qualidade), alterações no rendimento de e perturbações da vida familiar e social (Horta, 2005).

Frasquilho (2005a) salienta que o trabalho sob pressão, os factores sociais e as relações laborais são importantes factores de stress e que este se associa à insatisfação, afecta a motivação profissional e, em consequência, a opção por desistir da profissão, emocionalmente (desinvestir) ou objectivamente (demitir-se). A desmotivação instala-se quando se constata que o trabalho não satisfaz as necessidades (sobrevivência, segurança, pertença, realização pessoal), confluindo motivadores extrínsecos e intrínsecos (altruísmo, humanismo). Neste tópico, importa referir, também, o género como mediador do burnout na profissão médica, já que enfrentam stressores únicos (Spickard et al., 2002). A dupla jornada de trabalho que as mulheres médicas têm de realizar (Moreno-Jiménez & Puente, 1999; Nogueira-Martins, 2003; Spickard et al., 2002) assim como os preconceitos e obstáculos familiares e sociais que ainda hoje enfrentam para exercer a profissão (Nogueira-Martins, 2003) constituem factores adicionais de stress para o desgaste profissional. É curioso este dado, pois há as conquistas dos movimentos de mulheres para valorização do trabalho feminino e o há facto de o sexo feminino constituir quase metade do total de profissionais de medicina (Nogueira-Martins, 2003) tendo vindo o seu número a aumentar de forma contínua e progressiva (Spickard et al., 2002). Paice (1997) refere a alta taxa de desistência da especialidade de Ginecologia/Obstetrícia em Inglaterra, especialmente por mulheres médicas, devido às longas horas de trabalho para as quais não estavam preparadas. Frasilho (2005a; 2005b) salienta que os suicídios em mulheres médicas são superiores àqueles existentes em qualquer outro grupo profissional.

Para Smets e colaboradores (2004) as fontes de stress inerentes à prática médica estão bem documentadas e incluem a pressão para o cumprimento de prazos²⁰, a necessidade permanente de desenvolver novas competências e práticas, preocupações sobre processos de má prática²¹, lidar com a incerteza e os limites do conhecimento médico, assim como trabalhar de forma intensiva com pessoas em sofrimento. Estas condições podem promover o sucesso em alguns médicos, devido à sua necessidade pessoal de exposição ao stress para funcionarem melhor, mas noutros pode levar ao aparecimento de burnout. Salientamos que o

²⁰ No original “time pressure”.

²¹ No original “malpractice”.

burnout pode originar erro médico e que este pode contribuir para o burnout, dada a dimensão do seu impacto emocional no profissional (Spickard et al., 2002). Para Frاسquilho (2005a) a gestão do stress nos médicos deve, portanto, ser encarada como uma competência profissional e pessoal.

A falta de suporte social por parte de colegas de profissão pode determinar a maior vulnerabilidade ao burnout em médicos, relação encontrada por Van Dierendonk e colaboradores (1994) em médicos de clínica geral, por Hillhouse e colaboradores (2000) em médicos na formação da especialidade e por Lederer e colaboradores (2006) em anestesistas, o que leva a que se advogue uma especial atenção na relação dos médicos com os colegas para a compreensão do burnout (Smets et al., 2004). Prins e colaboradores (2007) verificaram o mesmo efeito em médicos em internato em relação ao fraco suporte social dos supervisores. De facto, Linzer e colaboradores (cit. in Frاسquilho, 2005b) verificaram que o apoio entre pares, assim como o apoio familiar, mediavam a influência de stressores laborais. Magalhães e Glina (2006) referem que a maioria dos estudos sobre o stress, ansiedade e angústia nos médicos registam sempre, entre outros, a insatisfação profissional, problemas relacionados com o trabalho e questões do relacionamento interpessoal. Além disso, o stress do médico alastra-se para a vida familiar: os médicos têm frequentes conflitos conjugais e familiares (Guevara et al., 2002; Spickard et al., 2002; Frاسquilho, 2005a; 2005b) e divorciam-se 20 vezes mais do que a população geral (Frاسquilho, 2005a; 2005b). Numa investigação do burnout em médicos especialistas holandeses, Smets e colaboradores (2004) estudaram a natureza das relações que estes estabeleciam no trabalho, com doentes, colegas e com a instituição em si. Estudaram-nas à luz da teoria da equidade, que pressupõe que as pessoas procuram reciprocidade nas suas relações, isto é, que o investimento feito (esforço, competência, tempo despendido, etc.) trará algum ganho (estatuto, reconhecimento, remuneração, etc.). Assim, a experiência de desigualdade/injustiça originaria desconforto emocional e em contextos profissionais pode originar a manifestação de burnout (relação já abordada no Capítulo 1 deste trabalho; cf. Maslach, 1998; Maslach, et al., 2001). Esta associação entre burnout e percepção de desigualdade foi comprovada em alguns estudos na população médica. O aumento de processos por má prática e a diminuição do seu estatuto social pode levar ao sentimento de que a relação estabelecida com os doentes tem menos ganhos do que os investimentos que realiza (Smets et al., 2004). Para Van Dierendonk e colaboradores (1994) os médicos que experienciam sentimentos de falta de reciprocidade na sua relação com os doentes terão maior probabilidade de usar estratégias psicológicas na busca da equidade, por exemplo, através do desenvolvimento de atitudes negativas para com pacientes (como cinismo, atitudes de impessoalidade) que constituem sintomas da síndrome

de burnout. Para Bakker e colaboradores (2000c), pessoas em posição de poder, como os médicos, esperam deferência e gratidão daqueles em posição inferior (os seus doentes), em troca do seu investimento de tempo e esforço; só assim, a relação seria entendida como recíproca por estes profissionais.

Frasquilho (2005a) salienta a crescente diminuição da autonomia profissional do médico, que se vê cada vez mais afastado da participação no planeamento e organização dos serviços, não é auscultado em decisões que interferem na sua prática, assiste a outras profissões e mesmo leigos a invadirem um território que era seu por excelência. Esta falta de controlo sobre as tarefas é considerada um dos mais importantes preditores do burnout médico (Lederer et al., 2006; Spickard et al., 2002), tendo uma influência capital na insatisfação do profissional (Lederer et al., 2006), o que é consistente com a teoria já mencionada no primeiro capítulo que salienta a percepção da falta de controlo sobre o trabalho como um dos seis factores que estão na base do desenvolvimento de burnout (Maslach, 1998; Maslach, et al., 2001).

Relativamente às condições físicas de trabalho, os hospitais mais antigos sofrem da falta de condições estruturais para a realização do acto médico, patente na desadequação das instalações, com vários médicos a partilharem o mesmo espaço e onde as divisórias não oferecem privacidade aos utentes, privando-os de dignidade. A estas acresce a escassez de recursos materiais e humanos e a sobrelotação, contribuindo todos estes factores para o stress médico e a agressividade dos utentes. Além disso, o actual incentivo à produtividade, que premeia a dedicação, pode funcionar como uma motivação extrínseca promotora do desempenho mas, em contrapartida, pode também acrescer pressão e desencadear stress, levando o médico a negligenciar outras opções que não o investimento na carreira, reduzindo a sua qualidade de vida (Frasquilho, 2005a).

O confronto entre as expectativas que os indivíduos possuem sobre a profissão e o desempenho real tem sido muito estudado como variável importante para o desenvolvimento do burnout, uma vez que o indivíduo pode ressentir-se da não realização das mesmas (Maslach et al., 2001). As altas expectativas geram ilusões que, no contacto com a realidade da prática clínica, se desmoronam em múltiplas decepções (Frasquilho, 2005a). Relativamente às expectativas que a profissão médica gera nos jovens, Gaspar (2006) afirma que a principal razão que leva os estudantes de ensino secundário a escolher Medicina como opção vocacional, tem fundamentalmente a ver com a faceta da “vocação de serviço”, e a boa imagem da figura do médico influencia favoravelmente essa percepção. Acrescenta que “o sentido de responsabilidade e a vocação para salvar vidas, o esforço realizado para ingressar em Medicina e ter sensibilidade para lidar com pessoas foram considerados factores

importantes para se ser estudante de Medicina” (Gaspar, 2006, p.138). Frاسquillo (2005a) sublinha que grande parte dos candidatos a Medicina, quando questionados, revela esperar alcançar o poder da cura. De facto, a Medicina é vista como uma área que oferece possibilidades de realização material, intelectual e emocional, aparecendo como um campo fascinante, de capital importância para a sociedade e, como tal, constitui uma carreira desejada e idealizada pelos jovens. A grandeza dessa idealização pode gerar expectativas elevadas que, quando não correspondidas, tendem a originar frustrações significativas, com repercussões importantes na saúde dos estudantes, médicos em internato e médicos na carreira (Nogueira-Martins, 2003).

Além disso, já na formação em Medicina e durante os primeiros anos da sua prática, reproduz-se aquilo que Frاسquillo (2005a, p.438) denomina de “fantasia da excelência”, onde o médico se sente pressionado ao sucesso, ignorando o ser humano que é, com necessidades e limites de actuação, resultando em estereótipos de onipotência. Esta autora considera que os médicos em formação são frequentemente estimulados a perseguirem modelos de sucesso profissional excelente, idealizados, o que contribui para a frustração de expectativas e, num caso extremo, para a exaustão emocional. “A medicina é de excelência e os médicos obrigatoriamente serão excelentes” (Frاسquillo, 2005a, p.439), o que promove um ambiente competitivo, em que aqueles menos dedicados à prática médica são duramente criticados pelos colegas. Hillhouse e colaboradores (2000) verificaram que os médicos nos primeiros anos da formação na especialidade evitavam ausentar-se por doença, no sentido de por um lado evitar a acumulação de trabalho para os colegas mas, sobretudo, pelo facto de se moverem numa atmosfera competitiva e recearem perderem alguma situação/momento importante. Dar-se conta das limitações é um dos primeiros contratempos do jovem médico. Paice (1997), Nogueira-Martins (2003) e Catsicaris e colaboradores (2007) chamam a atenção para o facto de serem precisamente os médicos em internato, portanto nos primeiros anos de especialidade, os mais vulneráveis ao desgaste profissional. Neste período de transição aluno-médico cresce exponencialmente a sua responsabilidade profissional, ao mesmo tempo que aumenta o isolamento social, fadiga, privação do sono, sobrecarga de trabalho e o pavor de cometer erros (Nogueira-Martins, 2003). Spickard e colaboradores (2002) referem que os médicos mais velhos apresentam maiores níveis de satisfação e compromisso e níveis de burnout relatado mais baixo e Ravindranath (2000) verificou um decréscimo significativo no stress médico à medida que progrediam na profissão.

Frاسquillo (2005b) descreve o médico em início de actividade como estando na fase de lua-de-mel/idealismo, onde a exigência é vista como apaixonante e as vicissitudes são vistas como superáveis. O profissional está entusiasmado, motivado, com atitudes positivas

para com a tarefa. Segue-se a fase do despertar/insatisfação, onde o acumular de expectativas não satisfeitas e o fraco retorno face ao investimento gera desilusão e ressentimento. É frequente que invista ainda mais, na tentativa de colmatar essa lacuna, instalando-se a fadiga física e mental, a desmotivação, desânimo pessoal. Uma terceira fase é a de chamuscado/alheamento, traduzida pela fadiga crónica e por um conjunto de sintomas físicos, emocionais e relacionais de sofrimento que interfere no desempenho profissional. Surge o isolamento, a fuga a contactos interprofissionais, a irritabilidade, multiplicando-se os comportamentos de escape, como o abuso de substâncias e o afastamento da profissão. Por último, a fase de burnout/exaustão onde se experimenta uma sensação de falha global naquele trabalho que é emocionalmente devastante. O suicídio, AVC e doenças coronárias são potenciais riscos neste estágio final, que começou com optimismo e paixão. Moreno-Jiménez e Puente (1999) e Hillhouse e colaboradores (2000) referem que os médicos em formação são uma população especialmente sujeita ao stress, pois a transição entre a preparação teórica e a prática clínica, a falta de experiência, a incerteza ante os sintomas, e os recursos e o confronto com situações desconhecidas, coloca-os frequentemente numa situação de stress constante, especialmente em situações de urgência. Nos anos de formação atende-se exclusivamente a aspectos técnicos, descurando-se a preparação e requisitos emocionais. O jovem médico faz uma transição de estudante a profissional com responsabilidades. Estes factores contribuem para que a etapa da formação activa seja especialmente um período de vulnerabilidade e de stress, encontrando-se nesta população níveis mais elevados de ansiedade, depressão, hostilidade e instabilidade emocional (Moreno-Jiménez & Puente, 1999). Assim, as sementes do burnout podem encontrar-se já na faculdade e nos primeiros anos de internato do jovem médico, onde a fadiga e a exaustão emocional são frequentemente a norma (Hillhouse et al., 2000; Spickard et al., 2002).

O desenvolvimento de novos recursos diagnósticos e terapêuticos, a influência da indústria farmacêutica e da nova tecnologia ao serviço da saúde e o crescimento de empresas que contratualizam serviços médicos, são factores que têm produzido profundas transformações na profissão médica, modificando o cenário do exercício profissional. Estas mudanças têm repercussões a vários níveis, como por exemplo, na perda da autonomia do médico, na remuneração, no estilo de vida, na saúde, no comportamento ético e nas relações médico-doente (Nogueira-Martins, 2003). A este respeito Moore (2003) salienta a sobrevalorização da produtividade e do lucro que pode até funcionar como promotor do desempenho, a curto-prazo, mas que a longo-prazo tende inevitavelmente à desilusão e ao burnout. Para Catsicaris e colaboradores (2007) os importantes avanços na tecnologia médica e as rápidas mudanças na medicina não devem estar separados do conceito de pessoa.

A síndrome de burnout transformou-se então num problema de saúde pública que afecta a saúde e a qualidade de vida dos médicos, as instituições de saúde e diminui a qualidade do serviço assistencial prestado (Moreno-Jiménez et al., 2006). Frásquilho (2005a, 2005b) refere mesmo que está provado que há uma maior mortalidade nos doentes internados quando o *staff* está em sobrecarga.

3.2.2. Manifestações do burnout nos médicos

A profissão médica está, então, sujeita a elevados níveis de stress, sendo altamente ansiogénica. Essa ansiedade necessita de ser gerida, uma vez que, caso não o seja, pode originar formas de coping desadaptativas (Nogueira-Martins, 2003). De facto, a doença psiquiátrica e a taxa de suicídio em médicos tem uma prevalência superior à população geral (Frásquilho, 2005a; 2005b) e a deterioração do bem-estar médico consequente do stress excessivo tem sido descrita como “a silenciosa angústia dos curadores” (Spickard et al., 2002, p.1447).

Como já referimos, o ambiente profissional do médico, sobretudo o hospitalar, é caracterizado por situações que geram estímulos emocionais intensos, como por exemplo, o contacto íntimo e frequente com a dor e o sofrimento, o ter de lidar com a intimidade corporal e emocional, o atendimento a doentes terminais, o lidar com pacientes difíceis (queixosos, rebeldes, que não aderem aos tratamentos, hostis, reivindicadores, auto-destrutivos, etc.), o lidar com as limitações do conhecimento médico e do sistema de saúde que se contrapõem às exigências e expectativas certas e garantias por parte de utentes e familiares (Nogueira-Martins, 2003).

Moreno-Jiménez e colaboradores (2006) num estudo sobre o burnout médico, verificaram que a exaustão emocional era o principal descritor do burnout, reflectindo a perda de energia e recursos que a situação sócio-profissional da medicina actual pode suscitar nos seus profissionais. A despersonalização, que descreve a falta de implicação e frieza profissional, não era acompanhada de um decréscimo da eficácia profissional do médico. Concluíram que os médicos imersos num processo de desgaste profissional não viam tão afectadas as suas competências técnico-instrumentais (de exploração, diagnóstico e tratamento) como as motivacionais e psicossociais (perspectivas de desenvolvimento, expectativas profissionais, processos de relações interpessoais com o trabalho, etc.). Como Schaufeli (1999) argumenta, os médicos tendem a experienciar níveis altos de realização pessoal nos seus trabalhos. Magalhães e Glina (2006) verificaram também elevada realização pessoal nos médicos do seu estudo, que relatavam gostar do trabalho, auferindo deste grande satisfação. A elevada realização pessoal dos médicos funcionava, assim, como um factor

protector do burnout, dado que esta dimensão moderava a influência da exaustão emocional e da despersonalização no resultado total do burnout.

Uma vez desencadeado, o burnout resulta em sintomatologia afectiva, física e comportamental (Hillhouse et al., 2000). Catsicaris e colaboradores (2007) elencam alguns comportamentos profissionais típicos do médico em burnout:

- evitamento do compromisso emocional – a perda de contacto relacional pode manifestar-se através de um tratamento distante, da má gestão da informação e falta de resposta às emoções do outro;

- dissociação instrumental extrema – expressa-se por comportamentos automáticos e rígidos como comunicação unidireccional, pedidos de análises em excesso, repetição de discursos automatizados, uso exclusivo de linguagem técnica e intervenções desnecessárias;

- embotamento e negação – a ausência de consciência sobre o próprio estado de esgotamento e irritação constantes manifesta-se através de comportamentos interpessoais de oposição, atitudes desqualificantes, intervenções extremamente críticas e falta de autocrítica;

- impulsividade – a perda de realização pessoal e a baixa auto-estima pode traduzir-se na falta de apoio nos tratamentos, falta de iniciativa e constância nos trabalhos de equipa, ausências, baixa pontualidade e pouca ou nenhuma participação em projectos.

Truchot (2004) salienta que os médicos com níveis altos de burnout tendem a responder menos a questões de pacientes, negligenciam as opiniões destes quanto a tratamentos alternativos e cometem erros que não derivam da sua falta de conhecimento ou de experiência. Para aliviar o sofrimento psicológico, os médicos recorrem muito aos tóxicos, álcool e drogas (Frasquilho, 2005a; 2005b). Vaillant (e colaboradores), autor pioneiro no estudo dos problemas de saúde dos médicos sob a perspectiva laboral e psicológica, (1972, cit. in Nogueira-Martins, 2003) realizou um estudo longitudinal onde comparou 47 médicos e 79 profissionais não-médicos, amostras exclusivamente masculinas e com idênticos níveis socioeconómicos. Os resultados revelaram que os médicos, especialmente aqueles que tinham prática clínica, apresentavam casamentos mais instáveis, abusavam do consumo de drogas e álcool e procuravam mais ajuda psicoterapêutica do que o grupo de controlo. Os médicos apresentaram ainda características de personalidade que são habitualmente encontradas em toxicódependentes, especificamente dependência, pessimismo, passividade, insegurança e sentimentos de inferioridade. A insatisfação conjugal não era devida à sobrecarga de trabalho mas, pelo contrário, era a razão de alguns médicos trabalharem muito, na tentativa de se refugiarem de casamentos infelizes (Nogueira-Martins, 2003). Frasilho (2005a) refere também o estudo de Vaillant e colaboradores, citando por sua vez as elevadas prevalências de sofrimento emocional aliadas ao uso de substâncias aditivas (12% a 14% dos médicos teriam

problemas de dependência) com consequências alarmantes tal como alta incidência de suicídio. Verificou que os internos utilizam substâncias psicotrópicas quer para se “energizarem” quer para relaxarem (Frasquilho, 2005a; 2005b). Esta autora acrescenta que a dependência química associa-se à dependência do álcool e assume uma gravidade superior a outras profissões com estatuto socioeconómico idêntico.

3.2.3. O caso particular do burnout em médicos do serviço de urgência

As unidades de cuidados intensivos (UCI) são, dentro dos hospitais, aquelas onde o stress é provavelmente maior, pois é onde os profissionais se confrontam directamente com o sofrimento, com a morte, com cenários muitas vezes desagradáveis, degradantes e mesmo provocadores de repulsa (Schaufeli et al., 1995). O trabalho no serviço de urgência é de todas as actividades de Medicina talvez a mais stressante, sofrendo picos de actividade, onde é necessário responder imediatamente às necessidades de indivíduos feridos e com doença aguda, alguns com a vida por um fio (Zuckerman, 2007); é um local onde “o espectáculo assombra e oprime ao mesmo tempo” (Ordem dos Médicos, 2007, p.66). Esta unidade hospitalar tem fontes próprias de stress, como seja o lidar adequadamente com tecnologia sofisticada na resposta a emergências, sobrecarga de trabalho, comunicações conflituosas entre médicos, administração e enfermeiros, falta de conhecimentos e competências, problemas éticos e responsabilidade nas decisões de vida ou morte (Schaufeli et al., 1995). Raggio e Malacarne (2007) elencam as características das UCI que podem provocar stress: necessidade de tomar decisões críticas de forma muito rápida, que podem influenciar decisivamente a situação do doente; elevada frequência de situações imprevistas graves que necessitam de resposta imediata, e que podem originar estados de tensão e de ansiedade que, por sua vez, poderão aumentar a agressividade como protecção do self e da auto-estima (dada a falta de controlo da situação); lidar diariamente com situações de morte que testam de forma mais forte o sentimento de realização pessoal; necessidade de tomar decisões sobre pessoas que suscitam dilemas éticos; relação com parentes do paciente; realização de procedimentos invasivos ou potencialmente perigosos ou letais para o doente; impotência perante directivas da gestão da UCI que podem influenciar os resultados dos doentes; frequente falta de camas e necessidade de fazer triagens; gerir a relação pessoal/profissional entre médicos e enfermeiros que trabalham em equipa. Estes autores compararam médicos e enfermeiros neste serviço e verificaram que existiam níveis altos de burnout mas que os médicos apresentavam maiores níveis de exaustão emocional e despersonalização em relação aos enfermeiros. Eaddy (1997), num estudo sobre médicos do serviço de urgência concluiu que estas unidades tendem a ser emocionalmente esgotantes, pela constante interacção com o público, pela exposição diária à

morte e à doença grave, e mesmo a ameaças à sua integridade física (por exemplo, indivíduos alcoolizados). No entanto, Schaufeli e colaboradores (1995), numa revisão de vários estudos sobre enfermagem, não encontraram diferenças significativas no burnout de unidades de cuidados intensivos e de outras unidades hospitalares, considerando que esta síndrome poderia ser mais um problema que afecta a profissão do que um problema específico do serviço de urgência.

Depois de termos abordado o burnout nos médicos, avançamos seguidamente para o tema da personalidade e das emoções nos médicos, tendo compreender de que modo a personalidade e o modo de sentir as emoções interferem com o burnout.

3.3. Personalidade e emoções em médicos

A literatura tem evidenciado a vulnerabilidade psicológica do médico, profissão onde podemos encontrar uma elevada prevalência de suicídio, depressão, problemas conjugais e profissionais. Relativamente aos médicos em internato, são também frequentes os altos níveis de stress e depressão (Nogueira-Martins, 2003) já que quando um interno inicia a sua actividade faz uma “entrada inocente na complexa ambiguidade da prática médica, para a qual não foi minimamente preparado” (Frasquilho, 2005a, p.438). Começa um percurso com aparente sucesso, devido ao desenvolvimento de “estratégias compulsivas de controlo”, mas que só mais tarde na vida é verdadeiramente superado e à custa de sofrimento e danos evitáveis. De facto, durante toda a formação académica e profissional do médico enfatizam-se competências cognitivas, o *saber-saber* (informação, conhecimentos específicos) e também conhecimento prático, o *saber-fazer*. Aquilo que respeita ao *saber-estar* é, para Frasquilho (2005a), deixado ao livre arbítrio, ignorando-se a importância do auto-conhecimento e auto-desenvolvimento. As pressões dos anos de internato podem levar a diversas expressões psicológicas, psicopatológicas e comportamentais que incluem estados depressivos com ideação suicida, consumo excessivo de álcool, dependência de drogas, raiva crónica e desenvolvimento de um cepticismo amargo (Nogueira-Martins, 2003).

Num estudo longitudinal, McManus e colaboradores (2004), avaliaram estilos de aprendizagem e personalidade em candidatos ao curso de medicina e em jovens médicos em formação ingleses e, 12 anos depois, avaliaram esses mesmos respondentes quanto à forma como abordavam o trabalho, o clima laboral percebido, o stress, burnout e satisfação na carreira, comparando as duas avaliações. Verificaram que havia diferenças individuais estáveis e de longa duração entre os médicos, que se reflectiam nas medidas de personalidade e estilos de aprendizagem. Apuraram que maiores níveis de stress e burnout estavam relacionados com o traço de personalidade neuroticismo ou afectividade negativa. Um maior

sentimento de realização pessoal relacionava-se com o traço extroversão e com o envolvimento nos estudos. E, de uma maneira geral, estes autores perceberam que a satisfação na medicina como carreira se relacionava com baixos níveis de neuroticismo e maior extroversão. Concluíram que o clima de trabalho percebido, o stress experienciado e o desenvolvimento de burnout eram predizíveis principalmente pela personalidade.

Efectivamente, têm sido muito investigados os traços de personalidade partilhados pela classe médica. Frasquilho (2005a) refere estudos que verificaram que os médicos apresentam uma falha narcísica, um *self* idealizado, em colisão com uma ambivalência quanto à dependência, e um auto-conceito enformado de dúvida, ansiedade e auto-criticismo que se expressa em hiper-controlo e perfeccionismo (compulsividade ao trabalho), supressão da hostilidade (baixa assertividade e comportamentos não proactivos), estoicismo (perseguição da excelência à custa do auto-sacrifício, ‘o doente está sempre primeiro’), bem como obediência a modelos tradicionais, replicando-os em contextos que entretanto mudaram. Os seus estilos de coping são frequentemente ineficazes, recorrendo muito à repressão de emoções (com excepção de raras explosões de hostilidade), ao evitamento e à idealização. Resumindo, recorrem a estratégias passivas e que têm impacto directo na saúde mental, e podem favorecer o desenvolvimento de burnout, como vimos já no Capítulo 1 a propósito da discussão sobre o burnout e coping (cf. Gil-Monte & Peiró cit. in Tamayo & Tróccoli, 2002; Greenglass & Burke, 2002; Schaufeli, 1999; Zamora et al., 2004). Frasquilho (2005a) caracteriza os médicos como uma população vivendo uma vida de gratificações permanentemente adiadas, com frustração denegada, sintomatologia depressiva, com poucos interesses extra-profissionais e isolamento dentro da profissão. Muitos ficam dependentes do trabalho, uma vez que precisam que precisem deles.

Admite-se que o tipo de personalidade que fomenta a prática médica (altruísta, comprometida e desinteressada) possa facilitar o aparecimento do stress. Há autores que falam na existência de uma “cultura médica” que se caracterizaria por altas expectativas, baixa tolerância à frustração, necessidade de excelência e de perfeição, necessidade de controlo e de segurança e um sentimento de onipotência sobre os males do doente (Moreno-Jiménez & Puente, 1999). Os médicos têm de decidir sempre correctamente, pois o erro poderá custar uma vida (Ravindranath, 2000). Catsicaris e colaboradores (2007), num estudo sobre o internato médico, perceberam que no sistema de crenças do interno predominavam alguns modelos médicos como (i) o do médico onipotente, ou seja, deve saber tudo e responder a tudo, devendo também ser obedecido; (ii) o do médico abnegado, onde o sofrimento e o esforço são a forma de reconhecimento e inclusão na organização médica; (iii) o do médico

“empregado”, que responde ao doente sem limites nem direitos; (iv) e o do médico paternal, que fornece indicações permanentemente acentuando o papel passivo do doente.

Numa revisão da literatura, Moreno-Jiménez e Puente (1999) e Spickard e colaboradores (2002) salientam a elevada incidência do tipo de personalidade obsessiva na classe médica dizendo que existe um padrão típico, uma tríade de compulsão composta de dúvida, sentimentos de culpa e um sentimento exagerado de responsabilidade. Para estes autores, haveria três tipos de crenças sobre a prática médica que, interiorizadas, propiciariam o aparecimento de problemas de stress: os profissionais de saúde não têm necessidades pessoais; os cuidados de saúde devem ser providenciados imediatamente estando o clínico disponível a todo o momento; e, por último, os profissionais de saúde devem ser capazes de obter sempre resultados e responder às solicitações dos pacientes. Outro factor é a resistência desta classe em pedir ajuda, por considerarem que tal constitui um sinal de fraqueza, contrário ao equilíbrio e força que aparecem como exemplo de características sociais que se atribuem aos médicos (Moreno-Jiménez & Puente, 1999). O stress em médicos seria então um produto resultante da interacção entre a natureza exigente do seu trabalho e as suas personalidades muitas vezes obsessivas, meticolosas e dedicadas (Riley, 2004). Quando a personalidade está bem integrada e existe uma elevada auto-estima, haveria um melhor prognóstico de stress.

A crença na existência de uma personalidade típica de médicos leva à hipotetização da existência de uma personalidade mais adequada à profissão de médico. As faculdades de medicina inglesas têm procurado seleccionar os candidatos à licenciatura baseando-se não apenas no currículo académico, mas também em actividades extra-curriculares, especificamente aqueles com apetência para as artes e humanidades, uma vez que tendem a ser pensadores divergentes, e portanto, com mais aptidão para lidarem com a ambiguidade. Outras, seleccionam com base na capacidade de conciliarem o trabalho com a vida social, como forma de lidarem melhor com o stress futuro, através da mobilização das redes sociais de apoio. No entanto, há poucas provas de que este processo tenha mais sucesso do que os dos restantes países europeus, que apenas se baseiam nos resultados de exames (Paice, 1997).

Nogueira-Martins (2003) considera que muitas das características individuais que levam as pessoas para uma carreira em Medicina, também as predispõem para perturbações emocionais e expectativas irrealistas sobre o futuro. Frاسquilho (2005a; 2005b) acrescenta que a incidência de doença psiquiátrica em médicos é superior à da população geral. Johnson (1991, cit. in Nogueira-Martins, 2003), numa revisão sobre a predisposição dos estudantes e médicos para as perturbações emocionais e psiquiátricas, destaca o importante papel das experiências de vida na determinação da vulnerabilidade ao stress ocupacional. Este autor afirma que vários estudos sobre a motivação da escolha da profissão médica sugerem que para

uma percentagem de estudantes a opção por esta carreira reflecte a tentativa de ultrapassar experiências infantis relacionadas com impotência e/ou de abandono emocional. Assim, o seguir uma carreira em Medicina seria a tentativa de dar aos outros aquilo que gostariam de ter dado (ultrapassar a impotência) ou aquilo que gostariam de ter recebido (ultrapassar o abandono emocional). Esta ideia vai ao encontro da linha existencial de Pines que acredita que os indivíduos escolhem profissões que gratifiquem necessidades não satisfeitas na infância e que a falha nesse processo desencadearia o burnout (Pines, 2000; Pines & Nunes, 2003). Spickard e colaboradores (2002) mencionam estudos que salientam a importância de uma infância estável para o melhor ajustamento profissional e conjugal de médicos.

No campo das emoções, Nogueira-Martins (2003) afirma que os médicos emocionalmente desajustados revelam adaptações ambíguas que se expressam através de algumas características comportamentais. Por um lado, podem construir uma espécie de armadura impermeável a emoções e sentimentos, expressa por um embotamento emocional traduzido por uma certa frieza no contacto com os doentes e com as pessoas de um modo geral. Também se manifesta por um progressivo afastamento emocional da vida familiar, que equivale a um verdadeiro divórcio afectivo. Outra característica de uma inadequada adaptação profissional é o isolamento social, que faz com que o profissional se afaste do mundo não médico, voltando-se quase totalmente para o doente e o hospital. Esta simbiose entre médico e clientes/hospital (onde não se discrimina quem precisa mais de quem) impede o profissional de fruir de outros aspectos da vida pessoal. A negação ou minimização dos problemas inerentes à profissão é outro mecanismo que se destaca. O evitar reflectir sobre as limitações do exercício profissional, leva o médico a alimentar expectativas irrealistas, negando os factos da vida e da morte, adoptando um comportamento cada vez mais rígido e estereotipado, acompanhado do desenvolvimento de atitudes arrogantes e aparentemente insensíveis.

Um outro aspecto revelador de desadaptação é a atitude do profissional frente aos cuidados com a própria saúde, expressa pela tendência do médico a se auto-diagnosticar e auto-medicar-se. É-lhe muito difícil ver-se como doente buscando ajuda profissional de um colega e é relutante em fazê-lo (Nogueira-Martins, 2003). Vê-se como menos susceptível à doença, muito embora não pratique os estilos de vida saudáveis que advoga para os seus doentes, e aceitar-se como estando doente é encarado como um sinal de fraqueza (Hilhouse et al., 2000). Além de ser médico de si mesmo, muitas vezes transforma-se em médico da própria família, de amigos e conhecidos (Nogueira-Martins, 2003). De facto, perante disfuncionamentos emocionais próprios não procuram ajuda, auto-medica-se e negligenciam também as suas necessidades gerais de saúde. Não fazem *check-ups* regulares, não recorrem a outros médicos ou, no caso de doença diagnosticada, acumulam opiniões de

vários profissionais, recorrendo à cirurgia numa taxa superior à da população geral. Concluindo, os médicos aderem pouco a tratamentos prescritos por colegas, recusando, ignorando, ou depreciando o seu próprio tratamento (Frasquilho, 2005a; 2005b) e esta recusa em procurar tratamento ou em ausentar-se da sua prática aumenta o potencial risco de burnout a longo-prazo (Hillhouse et al., 2000). Não esqueçamos que o ambiente hospitalar é um contexto propenso à sujeição a riscos: riscos infecciosos, riscos biológicos e físicos, riscos de se ser agredido, dado o contacto com doentes com as suas próprias idiossincrasias e com níveis de stress incrementados pela condição de estar fragilizado e doente. O médico está numa posição especialmente perigosa para contrair doenças e transmiti-las a familiares. No entanto, estes profissionais frequentemente negam ou desqualificam os riscos inerentes à sua prática profissional e, quando comparados com outros trabalhadores da área de saúde, os médicos são significativamente o grupo com menor absentismo e aquele que trabalha mais horas semanais (Frasquilho, 2005a; 2005b). Por outro lado, a exposição ao risco pode não constituir um factor de stress em médicos com elevados níveis de sensation seeking (cf. Capítulo 2 deste trabalho). Lembramos que a Medicina é uma área profissional onde se podem encontrar profissionais com elevados níveis do traço procura de sensações, especialmente no serviço de urgência (Eaddy, 1997; Zuckerman, 1994; 2007).

3.4. Prevenção do burnout nos médicos

Os níveis de burnout dos profissionais de saúde têm sido amplamente estudados e verifica-se que têm aumentado nas últimas décadas. Ora isto acarreta custos pessoais para os próprios indivíduos, custos directos e indirectos para as organizações e custos de saúde para os utentes, já que está bem determinada a relação entre a menor qualidade dos cuidados e o grau de insatisfação e mal-estar das equipas (Frasquilho, 2005b).

A melhor prevenção do burnout médico está na promoção do bem-estar físico, emocional, psicológico e espiritual, nas várias fases do ciclo profissional, desde a faculdade até à reforma (Hillhouse et al., 2000; Spickard et al., 2002). É na faculdade que os futuros médicos aprendem as características da sua profissão, aprendendo hábitos que os tornarão susceptíveis ao burnout (Ravindranath, 2000). Para Nogueira-Martins (2003), a intervenção nas perturbações psicológicas decorrentes do exercício da profissão médica, incluindo o burnout, deveria começar muito cedo e por uma medida profiláctica básica: a inclusão da dimensão psicológica na formação do estudante de Medicina. O trabalho de sensibilização do aluno em relação aos seus aspectos psicológicos (motivações para a profissão, idealização do papel de médico, etc.) e às suas vivências durante o curso de Medicina, pode ser considerada como uma medida de intervenção primária, que poderia ser concretizada através da inclusão

de uma disciplina de Psicologia Médica no currículo do curso, que se centrasse nas vicissitudes da formação em Medicina e do seu exercício profissional. Este autor considera ainda que a formação do médico que não reflecte sobre o profissional como pessoa, enfatizando sobretudo os seus deveres e responsabilidades, tende a ignorar os seus direitos, regalias e limitações, além de veicular frequentemente valores enformados de heroísmo, contribuindo para a criação de expectativas irrealistas nos estudantes de Medicina. Frasquilho (2005a) refere que a formação médica incentiva os jovens a perseguirem modelos ideiais, a partir de figuras excepcionais de excelente sucesso profissional, mas de autêntica bizzarria pessoal, favorecendo o terreno à instalação de frustração e, no pior dos cenários, à exaustão emocional. Saunders (1992, cit in. Horta, 2005) acrescenta que o ensino médico e a carreira em Medicina submergem o profissional no que ele deve fazer e não naquilo que ele é, gerando, por vezes, um conflito entre a sua personalidade e o meio. Conclui-se, assim, que uma vez que a formação inicial tem responsabilidades no aumento destes disfuncionamentos, levando os alunos ao limite e produzindo modelos mentais que se eternizam, é nesta que é necessário intervir prioritariamente (Frasquilho, 2005b).

Peixoto e Silva (2000) consideram, assim, que os modelos de formação médica do passado são cada vez menos adequados para orientar a actividade do médico actual, tornando-se cada vez mais comuns e necessários conceitos como transdisciplinaridade, interdisciplinaridade e multidisciplinaridade. Enfatiza-se cada vez mais a necessidade de um profissional apto a agir e a contribuir para a sociedade num contexto de profundas mudanças, não somente no seu campo profissional, mas também nos campos político e social. A literatura sobre a formação médica sublinha a necessidade da formação geral e humanística, da responsabilidade do médico perante a sociedade, da valorização da relação médico-paciente e do dever ético da profissão (Costa, 2007).

Também nesta linha de pensamento, Damásio (1994) chama a atenção para o que há de paradoxal na nossa cultura relativamente à conceptualização da Medicina e aos seus profissionais. É visível que existem muitos médicos interessados pelas letras, humanidades, artes, sociologia ou filosofia etc. e, apesar disto, “as escolas de medicina de onde eles provêm ignoram na sua maior parte essas dimensões humanas, concentrando-se na fisiologia e na patologia do corpo propriamente dito” (Damásio, 1994, p.249). Damásio denuncia a pouca oferta formativa sobre a mente na maior parte das escolas de Medicina, formação essa que deveria estar assente em currículos com fortes componentes de Psicologia, Neurofisiologia e Neurociência. Considera que os grandes médicos têm sido aqueles que, para além dos seus conhecimentos técnicos, conjugam o bom-senso e a sabedoria acumulada e estão à vontade no que toca aos “conflitos do coração humano” (Damásio, 1994, p.251).

Num outro olhar sobre a formação médica, Catsicaris e colaboradores (2007) citam um estudo sobre as opiniões de recém-licenciados em Medicina sobre a formação que receberam na faculdade. Concluíram que a componente teórica no currículo médico tem um peso maior, ao contrário do preconizado actualmente sobre a importância da formação prática como estratégia para a aquisição de competências clínicas. Neste estudo, mais de metade dos estudantes referiram a necessidade de mais formação na área dos valores éticos e humanísticos e suas implicações legais na prática médica. Além disso, concluíram que havia uma falha do modelo de formação do médico como pessoa, que se baseia muito em sistemas de crenças rígidos, polarizados entre o ideal-omnipotente e o real-desgastado. Haveria, então, uma lacuna na formação em Medicina, patente na exclusão da subjectividade inerente à pessoa do médico. Neste sentido, Gaspar (2006, p.137) considera de extrema importância na formação do jovem médico a transmissão de “valores humanísticos, como a compaixão, a empatia, as aptidões comunicacionais, a capacidade de inspirar confiança, considerando os aspectos biopsicossociais e olhando para o doente como um ser único, com os seus pontos de vista”. Travado e colaboradores (2005) salientam a falta de formação dos médicos em competências de comunicação durante a faculdade, sendo que a falta de confiança que sentem nas próprias capacidades de comunicação se associa a níveis de burnout mais altos.

Noutro tópico, Nogueira-Martins (2003) considera que é essencial que a investigação se debruce sobre as condições de trabalho dos médicos nas diferentes especialidades, para que se detectem precocemente os grupos de risco, e especialmente sobre as mulheres médicas, devido à crescente feminização da medicina. A investigação nestas áreas poderá contribuir para a implementação de programas de qualidade nas instituições de saúde.

Spickard e colaboradores (2002) sistematizaram as estratégias que o médico pode implementar a nível individual, para prevenir o burnout médico a nível pessoal e organizacional conforme se apresenta na Figura 3.

Figura 3 – Estratégias para prevenir o burnout médico segundo Spickard e colaboradores (2002)

A nível pessoal	A nível profissional
Potenciar a felicidade através de valores e escolhas pessoais	Controlo sobre o ambiente, nomeadamente a carga laboral
Passar tempo com família e amigos	Encontrar sentido no trabalho e estabelecer limites
Manter actividades espirituais ou religiosas	Ter um mentor (médico mais experiente)
Cuidar-se (exercício, nutrição)	Ter sistemas de apoio administrativo adequados
Adoptar uma filosofia de vida saudável	(redução de tarefas burocráticas)
Ter um companheiro apoiante	

Além das mencionadas acima, Horta (2005) resume os objectivos das acções de prevenção do burnout. Assim, a nível organizacional implica: melhorar o nível de interacção e comunicação entre os colegas e restantes elementos das equipas e promover um bom nível de

colaboração; otimizar as capacidades da organização/direcção para melhorar a satisfação no trabalho dos profissionais; melhorar a relação médico-doente, envolvendo o segundo na melhoria do seu estado de saúde, e adaptar-se com flexibilidade às necessidades deste, decorrendo deste maior envolvimento a menor probabilidade de julgamento por má prática clínica. A nível individual, é importante aprender a distinguir entre trabalho e lazer, envolvendo-se em actividades físicas, não relacionadas com a profissão, ao mesmo tempo que procura também os prazeres da profissão para os contrapor às inevitáveis dificuldades (no fundo, aprenderem a gerir o tempo privado e o profissional). A este respeito, Pines e Aronson (1981, p. 152) salientam a importância de ter tempo pessoal, e mesmo de ter um “período de descompressão” depois do trabalho, ainda que pequeno, para descontraír, relaxar, fazer exercício, ou apreciar a paisagem. Também, aceitar que riscos e falhas são inevitáveis em Medicina, participar em jornadas de actualização, projectos de investigação e formação contínua, para manter-se actualizado e mais ligado à comunidade médica (Horta, 2005). Hillhouse e colaboradores (2002) referem as recomendações da Associação Médica Canadiana para a formação e apoio de médicos, ao longo da sua carreira, de estudantes a profissionais, onde para além de programas de promoção de competências de coping, gestão de stress, e promoção da saúde, aconselham a cada médico ter o seu próprio médico de família e apoio psicológico.

Catsicaris e colaboradores (2007) elaboraram e aplicaram uma proposta de intervenção em médicos internos com o objectivo de prevenir o burnout nesta etapa da sua formação profissional, destacando três etapas fundamentais: sondagem, contenção e confronto formativo. Na primeira etapa, procuraram perceber, pela administração do questionário MBI e através de *focus groups*, o estado afectivo e a presença de burnout nos médicos internos. Analisados os resultados obtidos, propuseram na segunda fase um trabalho de grupo com o objectivo de desenvolver a prevenção e contenção do esgotamento profissional e favorecer a catarse e a exteriorização das emoções decorrentes da prática médica. Trabalhou-se a distinção da vida emocional pessoal e a profissional, e o seu papel como médico. A última etapa consubstanciava-se num trabalho mais amplo, promovendo-se o desenvolvimento de competências sociais que reenquadrem a figura do médico na relação terapêutica. Os conteúdos abordados incluíam a complexidade da comunicação em Medicina, narrativa médica, bioética, interacção com especialidades de saúde mental e contributo de linguagens interdisciplinares (como a literatura, a arte, filosofia, entre outras). Os eixos conceptuais do programa de trabalho foram o conceito do médico como pessoa (sujeito da experiência humana relacional) e a comunicação nos diversos aspectos que a Medicina envolve. Os autores só puderam avaliar a eficácia deste programa (de forma imediata e qualitativa) pela

adesão ao programa (quer na comparência às sessões, quer no comprometimento com as tarefas inerentes ao trabalho grupal), ficando por realizar uma avaliação de follow-up que permita verificar a manutenção das mudanças que observaram. Frasquilho (2005b) considera perfeitamente justificada a implementação de programas de qualidade visando aperfeiçoar o sistema de capacitação profissional, com módulos de aprendizagem de estratégias de coping face a stressores específicos da profissão e de auto-cuidados baseados num autodiagnóstico do self, dos contextos de vida e das práticas profissionais e pessoais. Em Portugal foi concebido o PAIM (Programa de Ajuda Integral ao Médico), que se destinava ao tratamento de todos os problemas de saúde, incluindo a saúde mental dos médicos, mas foi suspenso por falta de financiamento (Frasquilho, 2005b).

Como exemplo de medidas preventivas que podem ser aplicadas tanto no âmbito da formação do médico como no do exercício profissional, Nogueira-Martins (2003) destaca a intervenção em grupo, nomeadamente os Grupos Balint e os Grupos de Reflexão, que se caracterizam pela apresentação e discussão de casos clínicos de pacientes, por vários profissionais, em diferentes contextos médicos (consultórios privados, ambulatórios, enfermarias, etc.). Zeckhausen (2002) considera muito importante, como forma de prevenção do burnout, a integração do médico num grupo de apoio, não necessariamente terapêutico, como forma de partilhar com pares preocupações profissionais, como erros médicos, dificuldades nas relações com colegas ou administração, e também assuntos pessoais, no sentido da promoção do suporte social. Claro que, nestas propostas, há que “lutar” também contra o próprio médico, que não se reconhece como estando em stress (Ravindranath, 2000).

Dada a importância das condições laborais no desenvolvimento de burnout, parece ser de extrema importância um contexto de trabalho salutar. Frasquilho (2005b, p.95) apresenta o projecto “Hospitais Promotores da Saúde”, segundo a declaração de Budapeste que traduz o objectivo “fazer do hospital um modelo quanto a serviços e locais de trabalho saudáveis”, através de, entre outras medidas: melhoria do ambiente físico e psicossocial; melhoria das condições de trabalho; informação, clareza de comunicação, previsibilidade, participação e autonomia com responsabilização, reconhecimento e prática das competências específicas, adequação entre estatuto e papel desempenhado, possibilidade de desenvolvimento na carreira. Estas seriam algumas das medidas organizacionais a implementar (WHO, 1991, cit in. Frasquilho, 2005b).

Terminamos este capítulo salientando que falar de burnout médico nos dias de hoje é mais do que abordar um problema é, sobretudo, uma oportunidade para os médicos se conhecerem melhor, para saberem o que se espera da sua actividade profissional, para

escolherem as melhores atitudes face aos inevitáveis problemas que ela comporta, para desfrutarem melhor o que a vida tem para dar (Neto, 2003, cit in. Horta, 2005). Os médicos trabalham numa área em que é um privilégio poder partilhar os problemas humanos, ajudando a resolver alguns, convivendo com outros de mais difícil resolução, encarando o erro, aprendendo com ele. Espera-se que os inevitáveis problemas deste percurso não os coíbam de apreciar todos os aspectos gratificantes que a sua profissão integra.

Terminada a apresentação do enquadramento teórico deste trabalho, apresentamos seguidamente o estudo empírico efectuado com médicos que trabalham num Hospital da cidade do Porto.

Parte B

Estudo Empírico

Capítulo 4

Metodologia

Neste capítulo descrevemos a metodologia utilizada no estudo empírico, dando conta das hipóteses formuladas e dos instrumentos aplicados, bem como dos procedimentos de recolha. Terminamos com a caracterização da amostra.

4.1. Objecto, objectivos e hipóteses

O presente estudo tomou como **objecto** a síndrome de burnout, bem como a sua relação com emoções, especificamente a “procura de sensações” (“*sensation seeking*”). Optamos por delimitar este objecto estudando-o em médicos que trabalham num Hospital da cidade do Porto. A escolha desta população vai ao encontro do reconhecimento generalizado de que a classe médica constitui um grupo profissional muito submetido a condições de stress (Vaz Serra, 1999), conforme vimos no Capítulo 3 deste trabalho. Apesar de termos encontrados estudos sobre o burnout nesta população, e alguns que o relacionavam com a procura de sensações (Eaddy, 1997; Mendes, 2005; Zuckerman, 1994) não encontramos estudos que relacionassem estas duas variáveis em médicos portugueses.

Temos então como **objectivos** deste estudo conhecer a prevalência da síndrome de burnout numa amostra de médicos, caracterizar as emoções experienciadas, especificamente a “procura de sensações” e analisar a relação entre estas duas variáveis em função de dados sócio-demográficos.

Tendo por base a bibliografia consultada, consideramos como **hipótese geral** que existem factores individuais sócio-demográficos e formas de lidar com as emoções que contribuem para a manifestação de maiores ou menores níveis de burnout e que este traz consequências, a nível individual e interpessoal, para o indivíduo.

Como hipóteses específicas, distinguimos:

- **Hipótese 1:** A forma como o profissional médico lida com as emoções tem impacto nos níveis de burnout apresentados.
- **Hipótese 2:** As mulheres apresentarão maiores níveis de burnout em relação aos homens. Especificamente, esperamos que as mulheres obtenham maiores *scores* do que os homens na dimensão *exaustão emocional* e menor do que os homens na *despersonalização*.
- **Hipótese 3:** Os profissionais mais novos obterão níveis de burnout maiores dos profissionais mais idosos e com mais anos de carreira.
- **Hipótese 4:** Os profissionais solteiros ou divorciados experienciam maiores níveis de burnout do que profissionais casados/união de facto.

4.2. Instrumentos

Em função dos objectivos deste estudo construímos um questionário, dividido em quatro grandes grupos. Assim, no Grupo I incluímos as características sociodemográficas como idade, sexo, estado civil, existência de filhos, categoria profissional, especialidade, anos de serviço, horas de trabalho semanais e horas extraordinárias. Salienta-se que a construção deste grupo de questões beneficiou de algumas sugestões de um director de serviço do Hospital estudado, ao qual se solicitou que se pronunciasse sobre a necessidade de se realizarem pequenos ajustamentos, nomeadamente em relação às directamente relacionadas com aspectos específicos da profissão médica. A versão final do questionário teve em conta essas sugestões.

Incluímos também neste Grupo I duas questões que visavam analisar, por um lado, o grau de satisfação e motivação com o trabalho no momento actual, bem como o grau de motivação no início do exercício da profissão e, por outro, se existiam intenções de mudar de funções, de instituição ou mesmo de profissão, caso houvesse oportunidade.

O Grupo II contempla um questionário usado para avaliar a procura de emoções. Foi usado o instrumento Sensation Seeking Scale de Zuckerman (1994) traduzido por Mendes (2005). Este questionário apresenta 40 itens agrupados em quatro sub-escalas, designadamente, a procura de emoção e aventura (TAS – “*Thrill and Adventure Seeking*”), procura de experiências (ES – “*Experience Seeking*”), desinibição (DIS – “*Disinhibition*”) e intolerância ao aborrecimento (BS – “*Boredom Susceptibility*”), podendo ser também calculado o valor total (somatório das sub-escalas). Cada escala é avaliada pela selecção de uma frase entre duas alternativas, variando os valores entre 0 e 10 para cada sub-escala, ou entre 0 e 40 no teste total, consoante o inquirido apresenta a selecção de frases que traduzem o traço de personalidade em estudo.

O Grupo III é composto por um questionário que pretende analisar os afectos, sendo uma medida de bem-estar psicológico, especificamente, estado de humor e felicidade – a Affect Balance Scale (ABS) de Bradburn e Noll (1969, cit.in Corcoran e Fischer, 2000). Esta escala tem 10 itens contendo cinco frases que reflectem sentimentos positivos e cinco que reflectem sentimentos negativos, de forma a avaliar, de uma maneira geral, o bem-estar psicológico do indivíduo num determinado momento, podendo ser usada num amplo espectro de cenários e de populações. A opção de resposta encontra-se formulada em termos de Sim/Não. A ABS é facilmente pontuada somando as respostas nas duas subescalas e a pontuação total da escala. A pontuação varia entre 25 e 30 para o ABS positivo e entre 22 e 27 e para o ABS negativo.

Finalmente, o Grupo IV refere-se ao instrumento destinado a avaliar o burnout – o MBI (Maslach Burnout Inventory, de Maslach & Jackson, 1997), dado ser o instrumento mais usado nos diferentes estudos académicos sobre esta variável. Este instrumento foi desenhado, inicialmente, para profissionais dos serviços humanos e de saúde, já que o burnout era uma preocupação significativa nestas profissões. Depois, foi revisto para ser utilizado com os profissionais de educação e, mais recentemente, dado o crescente interesse no tema, foi desenvolvida uma versão geral do MBI para ser usada em qualquer profissão, e não só necessariamente as que lidam com pessoas (Maslach, 2003). Perante a existência de várias traduções deste instrumento, utilizamos uma versão portuguesa adaptada da versão espanhola e da versão francesa e que já foi utilizada em outras teses realizadas na Universidade do Porto e com amostras portuguesas (Mendes, 2005; Silva, 2002; Vara, 2007). Este questionário contém três sub-escalas que avaliam as três dimensões do burnout (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal) e é constituído por 22 itens cujas opções de resposta se encontram formuladas numa escala de Likert de 7 pontos, que vão do 0 (nunca) ao 6 (todos os dias). Para calcular os resultados de cada sub-escala deve somar-se a pontuação correspondente a cada um dos itens (que pode ir de 0 a 6). A Realização Pessoal apresenta um total de 8 itens, podendo-se atingir uma pontuação de 0 (mínima) a 48 (máxima). A Despersonalização é composta por 5 itens, podendo atingir um mínimo de 0 e um máximo de 30 pontos. A Exaustão Emocional, com 9 itens, pode apresentar uma pontuação de 0 (mínimo) a 54 (máximo).

Maslach, Jackson e Leiter (1996) conceptualizam o burnout como uma variável contínua, o que significa que pode ser experienciado em termos de grau (baixo, moderado ou elevado) e não como uma variável dicotómica, que ora está presente ou ausente. Assim, um elevado grau de burnout é reflectido em elevados resultados nas sub-escalas de exaustão emocional e despersonalização e em baixos resultados na sub-escala da realização pessoal. Um grau médio de burnout é reflectido em resultados médios nas três sub-escalas. Por fim, um baixo grau de burnout é reflectido em baixos resultados nas sub-escalas de exaustão emocional e despersonalização e em elevados resultados na sub-escala de realização pessoal.

Visto termos utilizado traduções/adaptações de instrumentos originalmente em inglês, efectuamos uma análise da fidelidade da nossa versão, utilizando o Alpha de Cronbach e comparando-o com os dados originais disponíveis para cada sub-escala de cada instrumento (Zuckerman, 1994 para a SSS-V; Maslach & Jackson, 1997 para o MBI; Corcoran & Fischer, 2000 para o ABS). Podemos verificar que os alfas na nossa amostra são bons, consistentes, muito aproximados aos alfas teóricos e nalguns casos ultrapassando-os, o que significa que o instrumento mede o que pretende medir (Tabela 1). Podemos ainda verificar uma proximidade

entre a média e a mediana de algumas escalas. Sabemos que quanto mais próximas forem estas duas medidas, mais fiável é a escala (Anastasi, 1997; Reis, 2007). A mediana separa a metade inferior da amostra da metade superior e quando ela coincide com a média, significa que coincide com o valor médio da distribuição, o que traduz uma maior fiabilidade da escala.

Tabela 1 – Fidelidade do Instrumento

	Sub-escala	Média	Mediana	D. P.	Mín.	Máx.	alfa 1*	alfa 2**
SSS	TAS	4,91	5,00	2,851	0	10	0,797	0,770 – 0,820
	ES	5,26	5,00	2,142	1	10	0,679	0,610 – 0,670
	DIS	3,08	3,00	2,255	0	9	0,737	0,740 – 0,780
	BS	2,76	2,50	1,844	0	9	0,556	0,560 – 0,650
MBI	Exaustão	22,39	22,00	9,954	3	48	0,836	> 0,90
	Despersonaliz.	5,26	4,00	4,803	0	22	0,696	> 0,79
	Realização	37,22	39,00	7,130	14	48	0,802	> 0,71
ABS	ABS positivo	28,40	29,00	1,608	21	30	0,700	> 0,80
	ABS negativo	23,35	23,00	1,794	16	27	0,785	> 0,80

* alfa 1 = alfa na nossa amostra

**alfa 2 = alfa do estudo original (teórico)

4.3. Procedimento de recolha de dados

O presente estudo foi realizado numa amostra de médicos de um Hospital Central do Grande Porto. Para procedermos à recolha de dados dirigimos primeiramente uma carta ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital a solicitar autorização para a permanência nas instalações do Hospital para a recolha de dados junto do pessoal médico. Nesta carta explicitava-se de uma forma geral o âmbito e os objectivos investigação em curso para enquadrar a recolha de dados.

Obtida a autorização formal, foram contactados então vários directores de serviço com o objectivo de fazerem a ponte entre nós e os médicos do serviço, na tentativa de assegurar o maior número de respostas possíveis ao nosso questionário. A cada um foi explicado o âmbito e os objectivos investigação em curso e assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados. Com os directores que se manifestaram disponíveis em participar, foi negociada a melhor forma de recolha de dados. Assim, em determinadas situações foi possível estarmos presentes numa reunião de serviço onde fizemos a apresentação da investigação e distribuimos os questionários; noutros casos, foram os próprios directores que se propuseram em entregar à sua equipa, responsabilizando-se ainda por concentrar a recolha; noutros ainda, apenas foi indicada a melhor hora e local onde se poderiam encontrar os médicos do respectivo serviço tendo-se de falar com cada um individualmente.

De salientar que, de uma forma geral, houve boa receptividade ao nosso estudo dos directores de serviço e do pessoal médico do Hospital, havendo poucas recusas de colaboração. Avaliamos como muito positiva a forma como estes profissionais rapidamente se identificavam com o objecto de estudo e como, quando tinham oportunidade, comentaram algumas partes do questionário, as dificuldades sentidas, nomeadamente no SSS-V (Sensation Seeking Scale), e mesmo propostas de alteração de algumas questões.

O objectivo traçado inicialmente era o de recolher uma amostra aleatória de pelo menos 60 indivíduos da população de médicos da referida instituição hospitalar, tentando controlar-se as diferentes especialidades, para que este dado não se transformasse numa variável interferente ao estudo²². No entanto, perante o organigrama do Hospital, presentemente dividido em Unidades de Gestão Autónomas (UGA), cada uma integrando orgânica e funcionalmente diferentes serviços, assim como as dificuldades sentidas em contactar em tempo útil todos os directores de serviço de uma mesma UGA, levaram a que não se pudesse controlar esta variável, obtendo-se questionários de médicos de UGAs diferentes, de serviços distintos e em número não proporcional.

A amostra foi então de tipo voluntário e uma das dificuldades da recolha de dados prende-se com o facto de ter sido realizada de forma mais intensiva nos meses de Junho e Julho, e em alguns dias de Agosto, altura coincidente com as férias de Verão, onde era mais difícil encontrar os directores de serviço e os próprios serviços hospitalares encontravam-se com uma diminuição do número de profissionais disponíveis. No entanto, como a localização da população escolhida para este estudo não é a mesma do nosso local de trabalho, foi precisamente durante o nosso período de férias que nos foi possível fazer a recolha de dados.

O questionário foi distribuído pessoalmente, dentro de um envelope fechado sem qualquer referência escrita, por nós ou através dos directores de serviço, aos médicos do hospital durante o seu horário de trabalho, sendo posteriormente recolhido por nós, por regra em dia previamente acordado. Anexou-se ainda uma carta de apresentação da investigação e equipa de investigação e um conjunto de informações simples que visavam esclarecer o que se pretendia de cada participante, bem como a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados. Dado o questionário apresentar sobretudo questões de tipo fechado, as instruções de preenchimento eram simples, encontrando-se folha de rosto do próprio questionário.

Dos 150 questionários distribuídos foram recolhidos e validados para análise 88 questionários preenchidos, os quais foram revistos e cotados.

²² Com o objectivo de tentar controlar a *variável interferente*, poderíamos recorrer a uma de três formas: eliminá-la, mantê-la constante para todos os sujeitos ou ainda distribuí-la uniformemente. No presente caso, a forma inicialmente pensada de a controlar seria a selecção de um número proporcional de médicos em cada uma das especialidades. Tal revelou-se impossível, dadas as limitações de tempo disponível para a recolha de dados.

4.4. Codificação dos resultados

Os dados recolhidos foram introduzidos numa matriz de dupla entrada criada no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versão 15). Cada linha correspondeu a um participante (num total de 88) e cada coluna a uma questão. Como algumas das questões podiam ser respondidas de forma mutuamente exclusiva, e como trabalhamos também com os totais nas sub-escalas do burnout, a matriz apresentou um total de 92 colunas.

A análise estatística efectuada divide-se em duas partes: a primeira é de tipo descritivo, caracterizando de forma simples cada uma das variáveis e permitindo-nos obter uma ideia global das respostas da amostra. Em seguida efectuamos uma análise comparativa em função das hipóteses formuladas, utilizando os testes do Qui-Quadrado, T de Student ou One-way Anova, de acordo com as características de cada variável.

4.5. Caracterização da amostra

A amostra final foi constituída por 88 participantes que agrupamos de acordo com as especialidades (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos inquiridos de acordo com a Unidade Autónoma de Gestão e o Serviço Hospitalar

Unidade Autónoma de Gestão	Serviço	Nº de inquiridos
UAG de Medicina	Cardiologia	1
	Gastroenterologia	3
	Imunoalergologia	8
	Infecciologia	5
	Medicina interna	9
	Nefrologia	6
	Neurologia	5
	Oncologia médica	4
UAG de Cirurgia	Cirurgia geral	1
	Cirurgia plástica	7
	Neurocirurgia	1
	Ortopedia	7
	Estomatologia	1
UAG da Mulher e da Criança	Ginecologia / Obstetrícia	5
	Pediatria	2
UAG dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	Radiologia	10
	Radioterapia	1
UAG da Saúde Mental	Psiquiatria	4
Omissos		8*
Total		88

* Dos 8 que não referiam a especialidade, 6 são Internos (4 Internos; 2 Internos Complementar)

Salienta-se que uma das Unidades visitadas foi a UAG da Urgência e Cuidados Intensivos, onde também foram administrados questionários. Dada a particularidade deste Serviço, porta de entrada para o Hospital de casos agudos com necessidade de intervenção imediata (havendo picos de actividade e tendo os médicos pouca disponibilidade), não permanecemos muito tempo por sentir que perturbávamos o funcionamento. Como neste Serviço se encontram médicos de várias especialidades, os questionários recolhidos neste Serviço “diluíram-se” nos dos outros Serviços hospitalares, não tendo sido nenhum identificado como sendo de “emergencistas”, isto é, médicos de várias especialidades que trabalham a tempo inteiro no serviço de urgência. Tal distinção não se encontrava contemplada no questionário para recolha de dados sociodemográficos, solicitando-se aí apenas a “especialidade” e não o serviço onde trabalhavam. Para futuras investigações sugerimos esse acréscimo, uma vez que permite essa distinção. Seria também útil os internos assinalarem o serviço onde estavam aquando do preenchimento do instrumento. Chamamos ainda a atenção para o facto de este Serviço ter sido alvo da administração de questionários num período muito próximo ao presente estudo, sobre o mesmo objecto (burnout), utilizando o mesmo instrumento (MBI), e também no âmbito de uma tese de dissertação ao grau de mestre, nesse caso em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Horta, 2005), o que contribuiu para a diminuição do nosso tempo de permanência neste Serviço.

No que se refere à idade da nossa amostra, verificamos que metade dos respondentes encontram-se no intervalo etário dos 24 aos 35 anos, o que significa que podemos considerá-la como uma amostra “jovem” (Tabela 3). A amplitude de idades da amostra vai desde os 24 anos até aos 63 anos, sendo a média de 38 anos.

Tabela 3 - Distribuição por idade

Idade	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
24	2	2,3	2,3
25	5	5,7	8,0
26	5	5,7	13,6
27	2	2,3	15,9
28	8	9,1	25,0
29	6	6,8	31,8
30	4	4,5	36,4
31	3	3,4	39,8
32	2	2,3	42,0
33	4	4,5	46,6
34	2	2,3	48,9
35	2	2,3	51,1
36	4	4,5	55,7
37	1	1,1	56,8
38	1	1,1	58,0
39	1	1,1	59,1
40	3	3,4	62,5
42	5	5,7	68,2
43	3	3,4	71,6
44	1	1,1	72,7
45	1	1,1	73,9
47	3	3,4	77,3
48	1	1,1	78,4
50	2	2,3	80,7
51	3	3,4	84,1
52	2	2,3	86,4
54	1	1,1	87,5
55	2	2,3	89,8
56	1	1,1	90,9
57	2	2,3	93,2
58	1	1,1	94,3
59	2	2,3	96,6
60	1	1,1	97,7
61	1	1,1	98,9
63	1	1,1	100,0
Total	88	100,0	
Mínimo 24	Máximo 63	Média 38,05	Desvio Padrão 11,095

Relativamente ao sexo, podemos verificar na Tabela 4 que a amostra se encontra relativamente equilibrada, existindo ainda assim uma maior representação do sexo feminino (53,4%).

Tabela 4 - Distribuição por sexo

Sexo	Frequência	Percentagem
Masculino	41	46,6
Feminino	47	53,4
Total	88	100,0

Quanto ao estado civil, verificamos que a maior parte da amostra está casada ou vive em união de facto (52,3%) e que uma grande parte é solteiro (40,9%). A percentagem de indivíduos divorciados ou separados e viúvos é muito baixa (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição por estado civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem
Solteiro	36	40,9
Casado ou em união de facto	46	52,3
Divorciado ou separado	4	4,5
Viúvo	2	2,3
Total	88	100,0

Relativamente à existência de de filhos, verificamos que a maior parte da amostra não tem filhos (52,3%), sendo que 43,2% tem filhos. Os restantes 4,5% dos inquiridos não responderam a esta questão (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição por filhos

Filhos	Frequência	Percentagem
Com filhos	38	43,2
Sem filhos	46	52,3
Total de respondentes	84	95,5
Omissos	4	4,5
Total	88	100,0

A Tabela 7 apresenta a distribuição da amostra por categoria profissional. Verificamos que a maior parte dos nossos inquiridos são Internos Complementares (38,6%), logo seguidos de Assistente Hospitalar (27,3%), o que é concordante com o facto da nossa amostra ser jovem, sendo estas as categorias iniciais na carreira médica hospitalar.

Tabela 7 – Distribuição por categoria profissional

Categoria profissional	Frequência	Percentagem
Interno geral	4	4,5
Interno complementar	34	38,6
Assistente hospitalar	24	27,3
Assistente hospitalar graduado	13	14,8
Chefe de serviço	3	3,4
Director de serviço	7	8,0
Médico com contrato	2	2,3
Total de respondentes	87	98,9
Omissos	1	1,1
Total	88	100,0

Quanto a anos de serviço, a Tabela 8 apresenta-nos a caracterização da amostra, estando esta distribuída por muitas categorias, pois encontram-se profissionais com os mais variados anos de serviço. Podemos, no entanto, perceber que cerca de metade da amostra tem até 7 anos de serviço, sendo que a maioria está concentrada entre 5 e 7 anos de serviço. Uma vez mais, este dado concorda com a idade baixa da amostra.

Tabela 8 – Distribuição por anos de serviço

Anos de serviço	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
0,5	2	2,4	2,4
1,0	3	3,5	5,9
1,5	5	5,9	11,8
2,0	4	4,7	16,5
3,0	4	4,7	21,2
4,0	4	4,7	25,9
5,0	6	7,1	32,9
6,0	6	7,1	40,0
7,0	7	8,2	48,2
8,0	4	4,7	52,9
9,0	1	1,2	54,1
10,0	2	2,4	56,5
11,0	2	2,4	58,8
12,0	1	1,2	60,0
14,0	3	3,5	63,5
15,0	3	3,5	67,1
16,0	1	1,2	68,2
17,0	3	3,5	71,8
18,0	1	1,2	72,9
19,0	2	2,4	75,3
23,0	3	3,5	78,8
25,0	3	3,5	82,4
28,0	2	2,4	84,7
29,0	1	1,2	85,9
30,0	4	4,7	90,6
32,0	3	3,5	94,1
33,0	1	1,2	95,3
34,0	2	2,4	97,6
35,0	1	1,2	98,8
38,0	1	1,2	100,0
Total de respondentes	85	100,0	
Omissos	3		
Total	88		
Mínimo 0,5	Máximo 38,0	Média 12,78	Desvio Padrão 10,86

No que diz respeito ao número médio de horas de trabalho semanais, observamos que a maioria da amostra trabalha em média 42 horas semanais (Tabela 9). Ainda em relação a esta variável, encontramos 12 médicos (13,6%) que assinaram “outras horas”, especificando esse número. Observamos que a amplitude de “Outras” horas varia entre as 44 horas e as 90 horas, sendo que a maioria dos inquiridos se situa entre as 50 e as 60 horas (7 inquiridos).

Tabela 9 – Distribuição por número de horas de trabalho semanal

Nº médio de horas semanais	Frequência	Porcentagem
35h	20	22,7
40h	10	11,4
42h	46	52,3
Outras horas	12	13,6
Total	88	100,0

A Tabela 10 representa a distribuição da amostra relativamente à realização de horas extraordinárias e o seu número. Verificamos que a amostra distribui-se equilibradamente entre os médicos que fazem horas extraordinárias e os que não fazem, estando os primeiros ligeiramente mais representados.

Tabela 10 – Distribuição por realização de horas extraordinárias realizadas

Faz horas extraordinárias	Frequência	Porcentagem
Sim	45	51,1
Não	43	48,9
Total	88	100,0

O número de horas extraordinárias assinaladas pelos médicos está representado na Tabela 11. Podemos verificar que a maioria dos que realiza horas extraordinárias, realiza 12 horas extraordinárias por semana.

Tabela 11 – Distribuição por número de horas extraordinárias por semana

Nº Horas extraordinárias	Frequência	Porcentagem Válida	Porcentagem acumulada
3	3	7,32	7,317
6	3	7,32	14,63
8	3	7,32	21,95
10	1	2,44	24,39
12	20	48,8	73,17
15	2	4,88	78,05
18	1	2,44	80,49
24	5	12,2	92,68
25	1	2,44	95,12
48	1	2,44	97,56
50	1	2,44	100,00
Total de respondentes	41	100	
Omissos	4		
Total	45		

Terminada a caracterização da amostra, apresentamos no capítulo seguinte a análise e interpretação dos resultados.

Capítulo 5

Análise e Discussão dos Resultados

Neste capítulo apresentamos e discutimos os resultados obtidos. Começamos por efectuar uma análise descritiva, caracterizando de forma simples cada um dos itens das variáveis em estudo, o que possibilita conhecer de um modo mais genérico os dados obtidos na nossa amostra. Seguidamente, utilizamos apenas as dimensões associadas a cada variável em estudo, efectuando uma análise comparativa e uma análise correlacional, tentando testar as hipóteses enunciadas no Capítulo 4 e compreender a relação entre algumas variáveis, nomeadamente entre variáveis sociodemográficas, afectos, procura de sensações e burnout.

5.1. Análise descritiva

Através da análise descritiva pretendemos caracterizar as variáveis do nosso estudo de acordo com as frequências (absolutas, relativas e acumuladas) de cada categoria, procurando identificar quais as que se destacam na distribuição. Para efectuar esta análise utilizamos essencialmente o teste do Qui-Quadrado para uma variável, pois segundo diferentes autores (Bryman & Cramer, 1993, 2003; Everitt, 1977; Levin, 1987; Maroco, 2003) este teste permite verificar se os resultados de uma variável com mais de duas categorias apresentam uma distribuição semelhante ou uniforme. Neste sentido, é automaticamente calculada uma frequência esperada semelhante em todas as categorias, sendo depois analisada a diferença entre esta frequência teórica esperada e as frequências observadas de cada categoria.

Começamos por apresentar o grau de satisfação para com o trabalho no momento actual (Tabela 12). Podemos observar que a maioria da amostra (47%) apresenta um grau de satisfação elevado com o trabalho (Grau 4), sendo que a combinação dos Graus 4 e 5 (os mais elevados) representam 63% da amostra. Um pouco mais de ¼ da amostra (26%) apresenta um grau médio de satisfação (Grau 3), sendo muito reduzida a percentagem de indivíduos que apresentam uma satisfação baixa ou muito baixa (ambas com 6%). A média de 3.61, permite-nos também afirmar que, globalmente, a satisfação com o trabalho no momento actual na nossa amostra é moderada.

Tabela 12 - Grau de satisfação com o trabalho no momento actual

Grau de satisfação	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Grau 1 (pouca)	5	5,7	5,7
Grau 2	5	5,7	11,4
Grau 3	23	26,1	37,5
Grau 4	41	46,6	84,1
Grau 5 (muita)	14	15,9	100,0
Total	88	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1	5	3,61	1,011

A Tabela 13 representa a motivação para com o trabalho no momento actual. Uma vez mais verificamos que a maioria dos elementos da amostra (44%) apresenta um grau elevado de motivação (Grau 4), sendo relativamente equilibrada a percentagem de respondentes que apresentam quer um grau médio de motivação (24% para o Grau 3) quer o grau máximo de motivação (21% para o Grau 5). A média de 3.7 vem consolidar a motivação actual moderada da nossa amostra.

Tabela 13 - Grau de motivação com o trabalho no momento actual

Grau de motivação	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Grau 1 (pouca)	3	3,4	3,4
Grau 2	7	8,0	11,5
Grau 3	21	24,1	35,6
Grau 4	38	43,7	79,3
Grau 5 (muita)	18	20,7	100,0
Total de respondentes	87	100,0	
Omissos	1		
Total	88		
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1	5	3,70	1,001

No que se refere ao grau de motivação para com o trabalho quando começaram a exercer a profissão (Tabela 14), verificamos que mais de metade da amostra (56%) assinala a motivação máxima (Grau 5) e uma grande parte (35%) refere motivação elevada (Grau 4). Considerando estes dois graus conjuntamente, como tradutores de uma motivação elevada, obtemos uma percentagem de 90%, o que é muito significativo. A média elevada de 4.4, próxima do ponto máximo, acompanhada de um baixo desvio padrão revelam também esta tendência. O grau médio é escolhido por apenas 7% enquanto que somente uma percentagem de 2% aponta o grau mínimo de motivação no início da profissão (Grau 1). Curiosamente, não houve médicos a assinalarem o Grau 2. Concluimos então que a motivação era mais elevada no início da profissão do que no momento actual. Este dado é condizente com o nosso enquadramento teórico, nomeadamente no que diz respeito à alta motivação dos jovens médicos quando iniciam a sua carreira profissional (Frasquilho, 2005a; 2005b; Gaspar, 2006; Nogueira-Martins, 2003; Spickard et al., 2002).

Tabela 14 - Grau de motivação com o trabalho no início da profissão

Grau de motivação	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Grau 1 (pouca)	2	2,3	2,3
Grau 2	0	0,0	0,0
Grau 3	6	6,9	9,2
Grau 4	30	34,5	43,7
Grau 5 (muita)	49	56,3	100,0
Total de respondentes	87	100,0	
Omissos	1		
Total	88		
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1	5	4,43	0,816

As tabelas seguintes apresentam as respostas quanto à possibilidade de mudança ao nível de funções, instituição ou mesmo de profissão, caso houvesse oportunidade para isso. Assim, quanto à mudança de funções (Tabela 15) verificamos que a grande maioria de médicos não mudava de funções caso tivesse oportunidade para o fazer (84%).

Tabela 15 – Distribuição por mudança de funções na profissão

Mudava de funções	Frequência	Percentagem
Sim	14	15,9
Não	74	84,1
Total	88	100,0

Quanto a mudar de instituição (Tabela 16), a grande maioria não mudava (73%), enquanto 27 mudava de instituição se tivesse oportunidade.

Tabela 16 – Distribuição por mudança de instituição

Mudava de instituição	Frequência	Percentagem
Sim	24	27,3
Não	64	72,7
Total	88	100,0

Relativamente à mudança de profissão (Tabela 17), uma esmagadora maioria (98%) não mudava de profissão, contra apenas 2% que revela o desejo de mudar.

Tabela 17 – Distribuição por mudança de profissão

Mudava de profissão	Frequência	Percentagem
Sim	2	2,3
Não	86	97,7
Total	88	100,0

Concluimos assim que a grande maioria dos médicos da nossa amostra não mudava de funções, de instituição nem de profissão, caso tivesse oportunidade, sendo que a possibilidade de mudança de instituição é aquela que congrega maior percentagem de respostas positivas, ainda que baixa (27%). Estes dados consolidam as respostas observadas quanto ao grau de satisfação e motivação com o trabalho no momento actual.

Seguidamente, analisamos os itens relativos à avaliação da procura de sensações na nossa amostra (através do questionário construído por Zuckerman, 1994). Optámos por apresentar esta análise com os itens por dimensões, uma vez que permite visualizar os resultados mais facilmente. É de referir que esta parte do questionário desencadeou comentários de descontentamento por parte de alguns médicos, no sentido de não haver uma terceira opção possível e só as duas opções extremas. Estas dificuldades tiveram como consequência o maior número de casos omissos em todo o questionário, decorrente da sensação de impossibilidade de se posicionarem numa ou noutra opção, uma vez que nenhuma das duas era próxima do que sentiam. Contudo, este é um dos objectivos do instrumento, forçando o inquirido a assumir uma posição, tentando reduzir e/ou eliminar a influência da desejabilidade social ou de conjuntos de respostas de aquiescência (Zuckerman, 1994).

Começamos por analisar a procura de emoção e aventura (TAS). Assinalamos para cada item a cinzento a resposta (A ou B) que corresponde à presença deste traço (Tabela 18). Podemos observar que a nossa amostra apresenta níveis médios nesta dimensão (4.91), obtendo uma média que quase coincide com a média teórica possível da escala (5.0, tendo em conta a variação de 0 a 10 respostas), o que nos permite concluir que a procura de emoções e aventura não é muito característica dos médicos estudados. Verificamos ainda que apenas cinco itens (metade do total da subescala) apresentam diferenças significativas e, destes, apenas três apresentam diferenças onde a presença do traço é dominante, o que poderá justificar a baixa média obtida.

Tabela 18– Distribuição por “Procura de Emoção e Aventura” (TAS)

Procura de Emoção e Aventura (TAS) - Itens				Freq.	Percent.	QQ	Sig
3	A	Penso com frequência que gostaria de ser um alpinista.	34	42,5	1,800	,180 ÑS	
	B	Não consigo compreender as pessoas que arriscam as suas vidas a escalar montanhas.	46	57,5			
	Total de respostas		80	100,0			
	Omissos		8				
11	A	Uma pessoa sensata evita actividades perigosas.	37	42,0	2,227	,136 ÑS	
	B	Por vezes gosto de fazer coisas um pouco arriscadas.	51	58,0			
	Total		88	100,0			
16	A	Gostaria de praticar esqui aquático.	58	66,7	9,667	,002**	
	B	Não gostaria de praticar esqui aquático.	29	33,3			
	Total de respostas		87	100,0			
	Omissos		1				
17	A	Gostaria de experimentar fazer surf.	55	63,2	6,080 100,0	,014*	
	B	Não gostaria de experimentar fazer surf.	32	36,8			
	Total de respostas		87	100,0			
	Omissos		1				
20	A	Não gostaria de aprender a pilotar um avião.	32	36,8	6,080	,014*	
	B	Gostaria de aprender a pilotar um avião.	55	63,2			
	Total de respostas		87	100,0			
	Omissos		1				
21	A	Prefiro a superfície da água às suas profundezas.	39	44,3	1,136	,286 ÑS	
	B	Gostaria de fazer mergulho sub-aquático.	49	100,0			
	Total		88	100,0			
23	A	Gostaria de experimentar saltar de pára-quedas.	44	50,0	,000	1,000 ÑS	
	B	Nunca gostaria de experimentar saltar de um avião, com ou sem pára-quedas.	44	50,0			
	Total		88	100,0			
28	A	Gosto de mergulhar da prancha mais alta.	18	21,7	26,614	,000***	
	B	Não gosto da sensação de estar na prancha mais alta, nem me aproximo dela.	65	78,3			
	Total de respostas		83	100,0			
	Omissos		5				
38	A	Fazer longas viagens em barcos pequenos é imprudente.	49	58,3	2,333	,127 ÑS	
	B	Gostaria de fazer uma longa viagem num barco pequeno desde que ele navegasse bem.	35	41,7			
	Total de respostas		84	100,0			
	Omissos		4				
40	A	Esquiar numa montanha com um grande declive é uma boa maneira de acabar de muletas.	52	61,2	4,247	,039*	
	B	Gostaria de experimentar a sensação de esquiar muito depressa numa montanha com um grande declive.	33	38,8			
	Total de respostas		85	100,0			
	Omissos		3				
Mínimo		Máximo		Média		Desvio Padrão	
0		10		4,91		2,851	

Relativamente à procura de experiências (ES), a nossa amostra apresenta também níveis médios (Tabela 19), muito próximos do ponto médio da escala (5.3 para uma média teórica possível da escala, tendo em conta a variação de 0 a 10 respostas), com apenas um dos 10 itens que compõem a subescala a não apresentar diferenças significativas (item 26), sendo que os restantes nove apresentam diferenças altamente significativas. As respostas dividem-se equitativamente entre as questões que representam o traço como as que não representam. Regista-se aqui a mais alta percentagem de casos omissos do questionário relativo à questão 22 (A – “Gostaria de conhecer pessoas que são homossexuais [homens ou mulheres] “ ou B – “Afasto-me de qualquer pessoa que suspeite ser homossexual”) com uma percentagem de 15%, correspondente a uma frequência de 13. De facto, nalguns questionários houve mesmo quem acrescentasse manualmente, ao lado da questão, a razão da sua não resposta, uma vez que nem procurava pessoas homossexuais nem tão pouco se afastava e por isso não respondiam. Ainda assim, a maioria (69%) conseguiu resolver esta dúvida, optando pela opção A.

Tabela 19 – Distribuição por “Procura de Experiências” (ES)

Procura de Experiências (ES) - Itens			Freq.	Percent.	QQ	Sig	
4	A	Não gosto de nenhum cheiro corporal.	28	32,2	11,046	,001***	
	B	Gosto de alguns cheiros do corpo humano.	59	67,8			
	Total de respostas		87	100,0			
	Omissos		1				
6	A	Gosto de explorar sozinho uma cidade desconhecida ou uma zona de uma cidade, ainda que me possa perder	65	73,9	20,045	,000***	
	B	Prefiro a ajuda de um guia quando estou num local que não conheço bem	23	26,1			
	Total		88	100,0			
9	A	Já experimentei drogas ilícitas ou gostaria de o fazer	18	21,4	27,429	,000***	
	B	Nunca seria capaz de experimentar drogas ilícitas.	66	78,6			
	Total de respostas		84	100,0			
	Omissos		4				
10	A	Não gostaria de experimentar qualquer substância que possa produzir em mim efeitos estranhos ou perigosos.	76	87,4	48,563	,000***	
	B	Gostaria de experimentar algumas das substâncias que produzem alucinações.	11	12,6			
	Total de respostas		87	100,0			
	Omissos		1				
14	A	Gosto de experimentar comidas que nunca provei.	68	77,3	26,182	,000***	
	B	Peço pratos com os quais estou familiarizado, de modo a evitar decepções ou desilusões.	20	22,7			
	Total		88	100,0			
18	A	Gostaria de fazer uma viagem sem planos pré-definidos ou horários.	70	80,5	32,287	,000***	
	B	Quando viajo gosto de planear os locais e horários cuidadosamente.	17	19,5			
	Total		87	100,0			
	Omissos		1				
19	A	Prefiro ter como amigos pessoas do tipo “terra a terra”	68	80,0	30,600	,000***	
	B	Gostaria de fazer amigos em grupos invulgares como artistas, punks ou hippies.	17	20,0			
	Total		85	100,0			
	Omissos		3				
22	A	Gostaria de conhecer pessoas que são homossexuais (homens ou mulheres).	52	69,3	11,213	,001***	
	B	Afasto-me de qualquer pessoa que suspeite ser homossexual.	23	30,7			
	Total de respostas		75	100,0			
	Omissos		13				
26	A	A essência de uma obra de arte está na sua clareza, simetria de formas e harmonia das cores.	38	43,7	1,391	,238 NS	
	B	Encontro frequentemente a beleza nas cores chocantes e formas irregulares das pinturas modernas.	49	56,3			
	Total de respostas		87	100,0			
	Omissos		1				
37	A	As pessoas deviam vestir-se de acordo com padrões de bom gosto, estilo e perfeição.	19	21,8	27,598	,000***	
	B	As pessoas devem vestir-se de acordo com o seu próprio gosto, mesmo que o resultado seja por vezes estranho.	68	78,2			
	Total de respostas		87	100,0			
	Omissos		1				
Mínimo		Máximo		Média		Desvio Padrão	
1		10		5,26		2,142	

Na dimensão desinibição, os médicos da nossa amostra apresentam (Tabela 20) valores abaixo da média esperada (3.8 para uma média teórica 5.0, tendo em conta a variação de 0 a 10 respostas). Os itens mais relacionados com temática sexual obtiveram o maior

número de casos omissos (itens 12, 32 e 35), parecendo indicar que esta temática inibe as respostas, mesmo num questionário anónimo e confidencial. Todos os itens, com a excepção do item 35, obtiveram diferenças altamente significativas.

Tabela 20 – Distribuição por “Desinibição” (DIS)

Desinibição (DIS) – Itens			Freq.	Percent.	QQ	Sig
1	A	Gosto de festas desinibidas e loucas.	11	12,6	48,563	,000***
	B	Prefiro festas sossegadas e onde se pode ter uma boa conversa.	76	87,4		
	Total de respostas		87	100,0		
	Omissos		1			
12	A	Não gosto da companhia de pessoas desinibidas e livres quanto ao sexo.	30	36,1	6,373	,000***
	B	Gosto da companhia de pessoas desinibidas e livres quanto ao sexo.	53	63,9		
	Total de respostas		83	100,0		
	Omissos		5			
13	A	As substâncias estimulantes incomodam-me.	69	80,2	31,442	,000***
	B	Gosto de ficar “pedrado” de vez em quando, bebendo álcool ou consumindo drogas.	17	19,8		
	Total de respostas		86	100,0		
	Omissos		2			
25	A	Não estou interessado em fazer experiências só para experimentar.	58	66,7	9,667	,002**
	B	Gosto de experiências e sensações novas e excitantes, mesmo que sejam um pouco assustadoras, pouco convencionais ou ilegais.	29	33,3		
	Total de respostas		87	100,0		
	Omissos		1			
29	A	Gosto de sair com pessoas que sejam fisicamente excitantes.	11	12,8	47,628	,000***
	B	Gosto de sair com pessoas que partilhem os meus valores.	75	87,2		
	Total de respostas		86	100,0		
	Omissos		2			
30	A	Beber muito normalmente estraga uma festa porque algumas pessoas tornam-se ruidosas e violentas.	64	74,4	20,512	,000***
	B	Manter os copos cheios é a razão do sucesso de uma festa.	22	25,6		
	Total de respostas		86	100,0		
	Omissos		2			
32	A	As pessoas deveriam ter alguma experiência sexual antes do casamento.	70	83,3	37,333	,000***
	B	É preferível um casal começar a sua experiência sexual após o casamento.	14	16,7		
	Total de respostas		84	100,0		
	Omissos		4			
33	A	Mesmo que tivesse dinheiro, não me preocuparia em me associar a pessoas ricas e famosas do jet-set.	78	90,7	56,977	,000***
	B	Consigo imaginar-me numa vida de prazer pelo mundo fora com pessoas ricas e famosas do jet-set.	8	9,3		
	Total de respostas		86	100,0		
	Omissos		2			
35	A	Existem demasiadas cenas de sexo nos filmes.	42	53,8	,462	,497 NS
	B	Gosto de ver muitas das cenas de sexo nos filmes.	36	46,2		
	Total de respostas		78	100,0		
	Omissos		10			
36	A	Sinto-me melhor depois de beber uns copos.	17	19,5	32,287	,000***
	B	Algo está mal nas pessoas que precisam de álcool para se sentirem bem.	70	80,5		
	Total de respostas		87	100,0		
	Omissos		1			
Mínimo 0		Máximo 9	Média 3.08		Desvio Padrão 2,255	

É na dimensão intolerância ao aborrecimento (BS) que a nossa amostra obtém a média mais baixa (2.8 para uma média teórica possível da escala, tendo em conta a variação de 0 a 10 respostas) com o desvio padrão também baixo (Tabela 21), já que a resposta que representa o traço foi sempre a menos escolhida. Com a exceção dos itens 8, 15 e 39, todos os outros obtiveram diferenças altamente significativas. Concluimos assim que a nossa amostra tolera bem o aborrecimento.

Tabela 21 – Distribuição por “Intolerância ao Aborrecimento” (BS)

Intolerância ao Aborrecimento (BS) - Itens			Freq.	Percent.	QQ	Sig	
2	A	Há alguns filmes que gosto de ver mais do que uma vez.	70	80,5	32,287	,000***	
	B	Não tenho paciência para ver um filme que já tenha visto antes.	17	19,5			
	Total de respostas		87	100,0			
	Omissos		1				
5	A	Aborreço-me de ver sempre as mesmas caras.	14	15,9	40,909	,000***	
	B	Gosto da familiaridade confortável dos amigos de todos os dias.	74	84,1			
	Total		88	100,0			
7	A	Não gosto das pessoas que fazem ou dizem coisas só para chocar ou incomodar os outros.	61	70,1	14,080	,000***	
	B	Quando se consegue prever quase tudo o que alguém fará ou dirá, essa pessoa deve ser aborrecida.	26	29,9			
	Total de respostas		87	100,0			
	Omissos		1				
8	A	Normalmente não gosto de um filme em que possa prever o que se irá passar.	41	46,6	,409	,522 NS	
	B	Não me importo de ver um filme em que possa prever o que vai acontecer.	47	53,4			
	Total		88	100,0			
15	A	Gosto de ver vídeos caseiros ou slides de viagens.	51	58,6	2,586	,108 NS	
	B	Ver vídeos caseiros ou slides de viagens de alguém aborrece-me muito.	36	41,4			
	Total de respostas		87	100,0			
	Omissos		1				
24	A	Prefiro amigos que sejam excitantemente imprevisíveis.	9	10,5	53,767	,000***	
	B	Prefiro amigos fiáveis e previsíveis.	77	89,5			
	Total de respostas		86	100,0			
	Omissos		2				
27	A	Gosto de passar algum tempo nas proximidades de minha casa.	64	73,6	19,322	,000***	
	B	Fico irritado se tenho de me limitar a passear nas proximidades de casa.	23	26,4			
	Total de respostas		87	100,0			
	Omissos		1				
31	A	O pior defeito social é ser rude.	65	77,4	25,190	,000***	
	B	O pior defeito social é ser aborrecido.	19	22,6			
	Total de respostas		84	100,0			
	Omissos		4				
34	A	Gosto de pessoas brincalhonas e espirituosas, mesmo que por vezes insultem os outros.	21	24,4	22,512	,000***	
	B	Não gosto de pessoas que se divertem na expectativa de ferir os sentimentos dos outros.	65	75,6			
	Total de respostas		86	100,0			
	Omissos		2				
39	A	Não tenho paciência para pessoas estúpidas ou aborrecidas.	48	55,2	,931	,335 NS	
	B	Encontro algo interessante em quase todas as pessoas com quem converso.	39	44,8			
	Total de respostas		87	100,0			
	Omissos		1				
Mínimo		Máximo		Média		Desvio Padrão	
0		9		2,76		1,844	

Finalmente, apresentamos um quadro com valores de referência de procura de sensações sistematizado por Zuckerman (1994), no qual se constata que a nossa amostra apresenta valores semelhantes aos polícias (Mendes, 2005) no sensation seeking total e nas dimensões desinibição (DIS), intolerância ao aborrecimento (BS). Encontra-se abaixo na dimensão procura de emoção e aventura (TAS) e acima na procura de experiências (ES). Relativamente às restantes profissões, a nossa amostra obtém resultados claramente inferiores, com a excepção novamente da procura de experiências, que está também próxima das amostras transnacionais (Tabela 22).

Tabela 22 - Comparação com outros estudos de procura de sensações

		TAS	ES	DIS	BS	Total SS
Sexo masculino Média (DP)	Austrália	7,7 (DP 2,2)	6,1 (DP 2,2)	5,9 (DP 2,6)	4,2 (DP 2,3)	23,9 (DP 5,9)
	Canadá	7,8 (DP 2,0)	5,6 (DP 2,0)	5,8 (DP 2,5)	3,9 (DP 2,1)	23,1 (DP 5,6)
	Estados Unidos	7,7 (DP 2,2)	5,2 (DP 2,4)	6,5 (DP 2,6)	3,6 (DP 2,1)	23,0 (DP 5,6)
	Espanha	6,8 (DP 2,6)	5,7 (DP 2,1)	5,1 (DP 2,5)	3,6 (DP 2,3)	21,4 (DP 6,5)
Profissões	Montanhistas	8,3	7,7	6,0	3,7	25,7
	Canoístas	8,8	6,4	5,6	4,0	24,8
	Paraquedistas	8,8	6,9	6,5	4,6	26,7
	Estudantes	7,8	5,4	5,4	3,5	22,1
	Recrutas	6,6	4,8	5,8	3,7	20,9
	Polícias (Mendes, 2005)	6,97 (DP 2,45)	4,08 (DP 1,71)	3,52 (DP 1,63)	2,15 (DP 1,44)	16,72 (DP 4,95)
	Médicos (Neste estudo)	4,91 (DP 2,85)	5,26 (DP 2,14)	3,08 (DP 2,25)	2,76 (DP 1,84)	16,01 (DP 6,73)

Em seguida, analisamos os resultados das emoções obtidos através da Affect Balance Scale, que procura analisar os afectos, sendo uma medida de bem-estar psicológico, especificamente, estado de humor e felicidade (Bradburn, 1969; Corcoran & Fischer, 2000). Verificamos que em relação à sub-escala ABS Positivo (Tabela 23), os médicos da nossa amostra apresentam resultados elevados, traduzidos na média elevada de 28.4, muito próxima do ponto máximo (30 pontos), com diferenças altamente significativas. Podemos observar que seleccionaram sempre a opção afirmativa, com a excepção do item 7 “Feliz e no ‘topo do mundo’”, talvez por traduzir um estado extremo de felicidade com o qual não se identificam.

Tabela 23 – Distribuição para as emoções segundo a Affect Balance Scale Positivo (ABS)

Sub-escala	Itens do ABS		Freq.	Percent.	QQ	Sig	
ABS Positivo	1. Particularmente entusiasmado ou interessado em algo?	Sim	73	83,0	38,227	,000***	
		Não	15	17,0			
		Total	88	100,0			
	3. Orgulhoso porque alguém o elogiou por algo que tenha feito?	Sim	63	71,6	16,409	,000***	
		Não	25	28,4			
		Total	88	100,0			
	5. Satisfeito por ter conseguido realizar algo?	Sim	75	86,2	45,621	,000***	
		Não	12	13,8			
		Total de respostas		87			100,0
		Omissos		1			
	7. Feliz e no "topo do mundo"?	Sim	27	30,7	13,136	,000***	
		Não	61	69,3			
		Total	88	100,0			
	9. Que as coisas estavam a correr à sua maneira?	Sim	67	76,1	24,045	,000***	
		Não	21	23,9			
		Total	88	100,0			
Mínimo 21		Máximo 30		Média 28,40		Desvio Padrão 1,608	

Em relação ao ABS Negativo, e como seria de esperar de acordo com a análise anterior, os médicos optaram sempre pela opção negativa desta sub-escala, sendo que o item onde as respostas se equilibraram mais foi o item 6 “Aborrecido”, não se verificando diferenças significativas, e aquele onde mais se diferenciaram foi o item 8 “Deprimido ou muito infeliz” (Tabela 24). A média de 23.35, quase no extremo mínimo possível (22 pontos), confirma esta conclusão. No entanto, é de referir que o valor acima do mínimo obtido nesta subescala vem confirmar que o ABS negativo não é oposto ao ABS positivo, uma vez que os médicos da amostra pontuam nas duas subescalas. Como Bradburn (1969) refere, as duas dimensões não estão correlacionadas negativamente, como se poderia antecipar à partida, nem positivamente, o que o levou a concluir que se trata de duas dimensões independentes de afecto, sendo que o ABS positivo e o ABS negativo não são incompatíveis. Podemos assim concluir que, globalmente, os médicos estudados revelam afectos positivos, bem-estar psicológico, e níveis acima da média de estado de humor e felicidade.

Tabela 24 – Distribuição para as emoções segundo a Affect Balance Scale Negativo (ABS)

Tabela 24 - Distribuição para as Emoções segundo a Afect Balance Scale Negativa (ABS)								
Sub-escala	Itens do ABS		Freq.	Percent.	QQ	Sig		
ABS Negativo	2. Tão cansado que não conseguiu ficar sentado numa cadeira por muito tempo?	Sim	28	32,2	11,046	,001***		
		Não	59	67,8				
	Total		87	100,0				
	Omissos		1					
	4. Muito só ou afastado das outras pessoas?	Sim	17	19,3	33,136	,000***		
		Não	71	80,7				
	Total		88	100,0				
	Omissos							
	6. Aborrecido?	Sim	42	47,7	,182	,670 NS		
		Não	46	52,3				
	Total		88	100,0				
	Omissos							
	8. Deprimido ou muito infeliz?	Sim	14	15,9	40,909	,000***		
		Não	74	84,1				
	Total		88	100,0				
	Omissos							
	10. Aborrecido por alguém o ter criticado?	Sim	25	28,7	15,736	,000***		
		Não	62	71,3				
	Total de respostas		87	100,0				
	Omissos		1					
Mínimo		Máximo		Média		Desvio Padrão		
16		27		23,35		1,794		

Por último, analisamos o burnout e dada a possibilidade de resposta a cada item ser mais complexa do que nos itens dos instrumentos anteriores, apresentamos cada item numa tabela individual. Começamos pelo sentimento de exaustão para com o trabalho (Tabela 25), onde podemos verificar que a maioria dos médicos apresenta valores baixos neste item. Concretamente, se somarmos as respostas “Nunca”, “Algumas vezes por ano” e “Uma vez por mês” obtemos uma percentagem de 49% de respostas, enquanto essa percentagem desce para 29% se considerarmos as respostas “Uma vez por semana”, “Algumas vezes por semana” e “Todos os dias”. Já o nível intermédio “Algumas vezes por mês” apresenta 22% de respostas, o que é confirmado pela média baixa de 2.6.

Tabela 25 – Distribuição para o item “sinto-me emocionalmente exausto com o meu trabalho”

Sinto-me emocionalmente exausto com o meu trabalho	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	8	9,3	9,3
Algumas vezes por ano	24	27,9	37,2
Uma vez por mês	10	11,6	48,8
Algumas vezes por mês	19	22,1	70,9
Uma vez por semana	5	5,8	76,7
Algumas vezes por semana	16	18,6	95,3
Todos os dias	4	4,7	100,0
Total de respostas	86	100,0	
Omissos	2		
Total	88		
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0	6	2,62	1,783

A situação muda de configuração em relação ao cansaço no final do dia de trabalho (Tabela 26). Aqui, a maioria das respostas (44%) referem senti-lo “algumas vezes por semana” e a conjugação das três respostas perfaz uma percentagem de 65%, contra os 16% que revelam pouco cansaço no final de um dia de trabalho. A média revela esta tendência, aumentando neste item para 4.01. Concluimos, assim, que o cansaço sentido no final de um dia de trabalho pelos médicos da nossa amostra não se traduz em sentimentos de exaustão para com o trabalho em si, conforme a tabela anterior.

Tabela 26 – Distribuição para o item “sinto-me cansado no final de um dia de trabalho”

Sinto-me cansado no final de um dia de trabalho	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	0	0	0
Algumas vezes por ano	7	8,0	8,0
Uma vez por mês	7	8,0	15,9
Algumas vezes por mês	17	19,3	35,2
Uma vez por semana	11	12,5	47,7
Algumas vezes por semana	39	44,3	92,0
Todos os dias	7	8,0	100,0
Total	88	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0	6	4,01	1,418

Em relação ao sentimento de cansaço ao acordar antes de ir para o trabalho, a situação é mais equilibrada, como se pode verificar pela média de 3.1 (Tabela 27). De facto, somando as três opções, as respostas dividem-se mais ou menos proporcionalmente por valores de frequência baixa (34%), média (30%) e alta (36%), o que parece significar que o cansaço no final de um dia de trabalho é algo recuperado no dia seguinte.

Tabela 27 – Distribuição para o item “sinto-me cansado quando me levanto para ir trabalhar”

Sinto-me cansado quando me levanto para ir trabalhar	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	4	4,5	4,5
Algumas vezes por ano	21	23,9	28,4
Uma vez por mês	5	5,7	34,1
Algumas vezes por mês	26	29,5	63,6
Uma vez por semana	4	4,5	68,2
Algumas vezes por semana	20	22,7	90,9
Todos os dias	8	9,1	100,0
Total	88	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0	6	3,10	1,794

Em relação ao item “compreendo facilmente como se sentem as outras pessoas”, verificamos uma elevada percentagem de respostas que reportam uma frequência semanal e/ou diária (84%), reforçada pela média elevada de 4.84, que fica próxima do máximo

possível (Tabela 28). Apenas cerca de 9% das respostas revelam uma baixa frequência desse sentimento.

Tabela 28 – Distribuição para o item “compreendo facilmente como se sentem as outras pessoas”

Compreendo facilmente como se sentem as outras pessoas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Nunca	1	1,2	1,2
Algumas vezes por ano	3	3,5	4,7
Uma vez por mês	4	4,7	9,4
Algumas vezes por mês	6	7,1	16,5
Uma vez por semana	5	5,9	22,4
Algumas vezes por semana	34	40,0	62,4
Todos os dias	32	37,6	100,0
Total de respostas	85	100,0	
Omissos	3		
Total	88		
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0	6	4,84	1,413

Quanto ao item “trato as outras pessoas como se fossem objectos impessoais” (Tabela 29) e continuando o raciocínio que temos feito até aqui, verificamos que a conjugação das três respostas representa 92% da amostra, sendo que a maioria deles (68%) reporta a “nunca”. Este dado é reforçado pela média muito baixa de 0.53.

Tabela 29 – Distribuição para o item “trato as outras pessoas como se fosse objectos impessoais”

Trato as outras pessoas como se fosse objectos impessoais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Nunca	59	67,8	67,8
Algumas vezes por ano	19	21,8	89,7
Uma vez por mês	2	2,3	92,0
Algumas vezes por mês	6	6,9	98,9
Uma vez por semana	0	0,0	98,9
Algumas vezes por semana	1	1,1	100,0
Todos os dias	0	0,0	
Total de respostas	87	98,9	
Omissos	1	1,1	
Total	88	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0	5	0,53	0,975

A questão “custa-me trabalhar todo o dia com as outras pessoas” apresenta uma média baixa de 1.29, sendo a resposta “algumas vezes por ano” a mais reportada com 41% de respostas logo seguida de “nunca” que atinge os 31% (Tabela 30). A alta percentagem resultante da conjugação das três respostas mostra que os médicos revelam nenhuns ou poucos sentimentos de cansaço em trabalhar todo o dia com as outras pessoas (79%). As respostas que remetem para uma frequência semanal são residuais (7%).

Tabela 30 – Distribuição para o item “custa-me trabalhar todo o dia com as outras pessoas”

Custa-me trabalhar todo o dia com as outras pessoas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Nunca	27	31,0	31,0
Algumas vezes por ano	36	41,4	72,4
Uma vez por mês	6	6,9	79,3
Algumas vezes por mês	12	13,8	93,1
Uma vez por semana	2	2,3	95,4
Algumas vezes por semana	4	4,6	100,0
Todos os dias	0	0,0	
Total de respostas	87	100,0	
Omissos	1		
Total	88		
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0	5	1,29	1,346

O item “lidar eficazmente com os problemas das outras pessoas” relaciona-se muito com o trabalho médico, uma vez que lidam com pessoas com doença e que apelam à resolução dessa sua condição de doentes. O lidar bem/mal com isso, pode traduzir muito das características do médico e da sua relação com o trabalho que desenvolve. Na nossa amostra, 76% das respostas agrupam-se em relatos semanais e diários de sentimentos de eficácia, sendo que os semanais obtêm a maior acumulação de resposta (40%), visível também na média elevada de 4.43. Os relatos de sentimentos de eficácia pouco frequentes cifram-se nos 17% (Tabela 31).

Tabela 31 – Distribuição para o item “lido eficazmente com os problemas das outras pessoas”

Lido eficazmente com os problemas das outras pessoas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Nunca	2	2,3	2,3
Algumas vezes por ano	6	6,9	9,2
Uma vez por mês	7	8,0	17,2
Algumas vezes por mês	6	6,9	24,1
Uma vez por semana	7	8,0	32,2
Algumas vezes por semana	35	40,2	72,4
Todos os dias	24	27,6	100,0
Total de respostas	87	100,0	
Omissos	1		
Total	88		
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0	6	4,43	1,654

A Tabela 32 mostra a distribuição das respostas relativamente ao item “sinto-me fisicamente exausto com o meu trabalho”. A média de 2.9 revela um equilíbrio na distribuição de respostas. De facto obtêm-se pontuações iguais ou muito semelhantes nos relatos anuais (25%), mensais (25% – correspondendo estes à tendência média) e semanais (22%). Somando as três respostas mais frequentes e as três menos frequentes obtemos percentagens de 39% e 36% respectivamente, o que acentua a equabilidade das respostas.

Tabela 32 – Distribuição para o item “sinto-me fisicamente exausto com o meu trabalho”

Sinto-me fisicamente exausto com o meu trabalho	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	6	6,8	6,8
Algumas vezes por ano	22	25,0	31,8
Uma vez por mês	6	6,8	38,6
Algumas vezes por mês	22	25,0	63,6
Uma vez por semana	9	10,2	73,9
Algumas vezes por semana	19	21,6	95,5
Todos os dias	4	4,5	100,0
Total	88	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0	6	2,90	1,755

Seguidamente analisamos distribuição para o item “tornei-me mais insensível com os outros desde que faço este trabalho”, relativo à dimensão despersonalização. Aqui as respostas que reportam uma frequência mais baixa são mais usuais, sendo que a maioria da amostra (46%) refere nunca o ter sentido. As respostas que reportam menor frequência explicam 75% da amostra, enquanto que as mais frequentes representam 13%. Este dado é reforçado pela baixa média de 1.31 (Tabela 33).

Tabela 33 – Distribuição para o item “tornei-me mais insensível com os outros desde que faço este trabalho”

Tornei-me mais insensível com os outros desde que faço este trabalho	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	40	46,0	46,0
Algumas vezes por ano	22	25,3	71,3
Uma vez por mês	3	3,4	74,7
Algumas vezes por mês	11	12,6	87,4
Uma vez por semana	4	4,6	92,0
Algumas vezes por semana	5	5,7	97,7
Todos os dias	2	2,3	100,0
Total de respostas	87	100,0	
Omissos	1		
Total	88		
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0	6	1,31	1,687

À semelhança do item anterior, a maioria da amostra (56%) revela que nunca se sentiu “preocupado porque este trabalho me deixa mais frio emocionalmente” (Tabela 34). Este item é também relativo à dimensão despersonalização, e aqui a média é ainda mais baixa (0.99), ficando muito perto do mínimo possível. A frequência de respostas anuais e mensais sobe para 82% enquanto as semanais e diárias descem para os 7%. Concluimos que a nossa amostra não se sente particularmente insensível com os outros, nem que o trabalho a deixa emocionalmente fria.

Tabela 34 – Distribuição para o item “sinto-me preocupado porque este trabalho me deixa mais frio emocionalmente”

Sinto-me preocupado porque este trabalho me deixa mais frio emocionalmente	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Nunca	49	56,3	56,3
Algumas vezes por ano	16	18,4	74,7
Uma vez por mês	6	6,9	81,6
Algumas vezes por mês	10	11,5	93,1
Uma vez por semana	3	3,4	96,6
Algumas vezes por semana	2	2,3	98,9
Todos os dias	1	1,1	100,0
Total de respostas	87	100,0	
Omissos	1		
Total	88		
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0	6	0,99	1,443

Na tabela seguinte apresentamos a distribuição das respostas para o item “sinto-me cheio de energia” referente à dimensão realização pessoal (Tabela 35). Aqui, podemos observar uma clara maioria das respostas nas frequências semanais e diárias 64%, sendo que as semanais agrupam a maior percentagem de respostas (40%). As frequências mais baixas anuais e mensais representam 13% da amostra, sendo que 3% da amostra refere nunca sentir-se cheia de energia. A média para este item é elevada (4.08).

Tabela 35 – Distribuição para o item “sinto-me cheio de energia”

Sinto-me cheio de energia	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Nunca	3	3,4	3,4
Algumas vezes por ano	3	3,4	6,8
Uma vez por mês	5	5,7	12,5
Algumas vezes por mês	21	23,9	36,4
Uma vez por semana	9	10,2	46,6
Algumas vezes por semana	35	39,8	86,4
Todos os dias	12	13,6	100,0
Total	88	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0	6	4,08	1,510

Quanto ao item “sinto-me frustrado no meu trabalho”, referente à exaustão emocional, percebemos uma concentração de respostas nas opções “nunca” e “algumas vezes por ano”, sendo que a conjugação das respostas menos frequentes é maior (68%) do que as mais frequentes (15%), reforçada pela baixa média de 1.82 (Tabela 36). Concluimos que, como temos vindo a verificar, o trabalho não constitui fonte de frustração para a nossa amostra.

Tabela 36 – Distribuição para o item “sinto-me frustrado no meu trabalho”

Sinto-me frustrado no meu trabalho	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Nunca	20	22,7	22,7
Algumas vezes por ano	30	34,1	56,8
Uma vez por mês	10	11,4	68,2
Algumas vezes por mês	15	17,0	85,2
Uma vez por semana	3	3,4	88,6
Algumas vezes por semana	7	8,0	96,6
Todos os dias	3	3,4	100,0
Total	88	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0	6	1,82	1,678

A situação parece equilibrar-se para o item “sinto que estou a trabalhar demais” (Tabela 37). De facto, a média de 3.28 reflecte uma maior concentração de respostas no grau intermédio “algumas vezes por mês” (25%). Observa-se uma distribuição relativamente equitativa entre as frequências mais baixas (32%) e as mais altas (43%), apesar de a maioria da amostra sentir frequentemente que está a trabalhar demais, o que poderá estar relacionado com a carga horária semanal e com a maioria dos médicos realizar horas extraordinárias (conforme demonstramos nas Tabelas 8 e 9 do Capítulo 4), sobrecarregando ainda mais essa carga horária.

Tabela 37 – Distribuição para o item “sinto que estou a trabalhar demais”

Sinto que estou a trabalhar demais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Nunca	6	6,8	6,8
Algumas vezes por ano	14	15,9	22,7
Uma vez por mês	8	9,1	31,8
Algumas vezes por mês	22	25,0	56,8
Uma vez por semana	8	9,1	65,9
Algumas vezes por semana	19	21,6	87,5
Todos os dias	11	12,5	100,0
Total	88	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0	6	3,28	1,838

A Tabela 38 apresenta os resultados referentes à “não preocupação com o que acontece as pessoas com quem trabalham”. Podemos verificar que as respostas agrupam-se maioritariamente ao redor das opções “nunca” e “algumas vezes por ano”, sendo que a percentagem de “nunca” traduz a maioria da amostra (41%). O conjunto das respostas de baixa frequência perfaz 82%, enquanto as de alta frequência totalizam 11% da amostra, o que é corroborado pela baixa média de 1.23. Concluimos que os médicos da nossa amostra parecem revelar preocupação com as pessoas com quem trabalham, revelando baixas pontuações neste item da dimensão despersonalização.

Tabela 38 – Distribuição para o item “sinto que não me preocupo com o que acontece às pessoas com quem trabalho”

Sinto que não me preocupo com o que acontece às pessoas com quem trabalho	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	36	41,4	41,4
Algumas vezes por ano	29	33,3	74,7
Uma vez por mês	6	6,9	81,6
Algumas vezes por mês	7	8,0	89,7
Uma vez por semana	3	3,4	93,1
Algumas vezes por semana	3	3,4	96,6
Todos os dias	3	3,4	100,0
Total de respostas	87	100,0	
Omissos	1		
Total	88		
Mínimo 0	Máximo 6	Média 1,23	Desvio Padrão 1,583

Quanto ao item “causa-me stress trabalhar directamente com as pessoas”, observamos a mesma tendência observada no item anterior, ou seja, a maioria das respostas agrupam-se também em torno do “nunca” (44%) e do “algumas vezes por ano” (37%), totalizando as respostas de frequência baixa uns expressivos 85% (Tabela 39). A média baixa de 0.95 acentua esta tendência. Há uma baixa expressão deste item da dimensão exaustão emocional.

Tabela 39 – Distribuição para o item “causa-me stress trabalhar directamente com as pessoas”

Causa-me stress trabalhar directamente com as pessoas	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	38	43,7	43,7
Algumas vezes por ano	32	36,8	80,5
Uma vez por mês	4	4,6	85,1
Algumas vezes por mês	10	11,5	96,6
Uma vez por semana	2	2,3	98,9
Algumas vezes por semana	1	1,1	100,0
Todos os dias	0	0,0	
Total de respostas	87	100,0	
Omissos	1		
Total	88		
Mínimo 0	Máximo 5	Média 0,95	Desvio Padrão 1,160

No que diz respeito à capacidade de conseguir criar um ambiente descontraído com as pessoas com quem trabalham, percebemos que a maioria das respostas se concentra na opção “algumas vezes por semana” (52%), seguidas de “todos os dias” (35%). A elevada média de 5.1, muito próxima do máximo possível, traduz esta tendência (Tabela 40). De salientar que este sentimento é referido por 91% da amostra, o que significa que uma alta expressão deste item da dimensão realização pessoal.

Tabela 40 – Distribuição para o item “consigo criar um ambiente descontraído com as pessoas com quem trabalho”

Consigo criar um ambiente descontraído com as pessoas com quem trabalho	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	0	0,0	0,0
Algumas vezes por ano	1	1,2	1,2
Uma vez por mês	0	0,0	1,2
Algumas vezes por mês	7	8,1	9,3
Uma vez por semana	4	4,7	14,0
Algumas vezes por semana	44	51,2	65,1
Todos os dias	30	34,9	100,0
Total de respostas	86	100,0	
Omissos	2		
Total	88		
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
2	6	5,10	0,908

Continuando na dimensão realização pessoal, analisamos agora a distribuição para o item “sinto-me bem depois de contactar com as outras pessoas” (Tabela 41). Verificamos uma igual percentagem para as opções “algumas vezes por semana” e “todos os dias” (34%), sendo que o total de respostas de frequência elevada totaliza 86%. A elevada média de 5.02 corrobora esta observação. Podemos concluir que o contacto com as pessoas é visto como muito positivo pelos médicos da nossa amostra o que, sendo uma situação característica da sua profissão, pode actuar como um factor protector do burnout.

Tabela 41 – Distribuição para o item “sinto-me bem depois de contactar com as outras pessoas”

Sinto-me bem depois de contactar com as outras pessoas	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	0	0,0	0,0
Algumas vezes por ano	0	0,0	0,0
Uma vez por mês	1	1,1	1,1
Algumas vezes por mês	11	12,6	13,8
Uma vez por semana	7	8,0	21,8
Algumas vezes por semana	34	39,1	60,9
Todos os dias	34	39,1	100,0
Total de respostas	87	100,0	
Omissos	1		
Total	88		
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
2	6	5,02	1,045

O item “sinto que consigo fazer coisas úteis no meu trabalho”, pertencente também à dimensão realização pessoal (Tabela 42), é revelador da tendência que temos vindo a observar. De facto, apresenta percentagens elevadas de respostas nas opções mais frequentes (em conjunto perfazem 94%) e uma média elevada, muito próxima do máximo possível (5.20). Salientamos que parecem muito claros os sentimentos de capacidade e de utilidade que estes

médicos sentem em relação ao seu desempenho profissional. Percebemos também que os itens da dimensão realização pessoal têm vindo a apresentar valores elevados.

Tabela 42– Distribuição para o item “sinto que consigo fazer coisas úteis no meu trabalho”

Sinto que consigo fazer coisas úteis no meu trabalho	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	0	0,0	0,0
Algumas vezes por ano	1	1,1	1,1
Uma vez por mês	0	0,0	1,1
Algumas vezes por mês	4	4,6	5,7
Uma vez por semana	7	8,0	13,8
Algumas vezes por semana	39	44,8	58,6
Todos os dias	36	41,4	100,0
Total de respostas	87	100,0	
Omissos	1		
Total	88		
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1	6	5,20	0,913

Relativamente ao item “sinto que estou a atingir os meus limites”, verifica-se que a maioria das respostas se concentra claramente na opção “algumas vezes por ano” (35%). Considerando as três respostas de frequência mais baixa e as três de frequência mais alta, observamos que há mais respostas nas mais baixas (57%) do que nas mais altas (32%), confirmado pela média baixa de 2.5, mas algo próxima do valor médio (Tabela 43).

Tabela 43 – Distribuição para o item “sinto que estou a atingir os meus limites”

Sinto que estou a atingir os meus limites	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	11	12,5	12,5
Algumas vezes por ano	31	35,2	47,7
Uma vez por mês	8	9,1	56,8
Algumas vezes por mês	10	11,4	68,2
Uma vez por semana	6	6,8	75,0
Algumas vezes por semana	13	14,8	89,8
Todos os dias	9	10,2	100,0
Total	88	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0	6	2,50	2,000

Na Tabela 44, em relação ao item “lido calmamente com os problemas emocionais” podemos ver que a maioria da nossa amostra (38%) revela essa tendência semanalmente, e o total das respostas de frequência elevada totaliza 63% da amostra. A tendência mensal perfaz 17% e o grupo de respostas de menor frequência representa 20% da amostra. A média é elevada, com 4.02.

Tabela 44 – Distribuição para o item “lido calmamente com os problemas emocionais”

Lido calmamente com os problemas emocionais	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	0	0,0	0,0
Algumas vezes por ano	12	14,0	14,0
Uma vez por mês	5	5,8	19,8
Algumas vezes por mês	15	17,4	37,2
Uma vez por semana	6	7,0	44,2
Algumas vezes por semana	33	38,4	82,6
Todos os dias	15	17,4	100,0
Total de respostas	86	100,0	
Omissos	2		
Total	88		
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1	6	4,02	1,666

Para finalizar esta análise dos itens da escala de burnout, apresentamos a distribuição para o item “sinto que as outras pessoas me culpam pelos seus problemas” pertencente à dimensão despersonalização (Tabela 45). Podemos verificar que a maioria das respostas agrupam-se nas opções de frequência mais baixa “algumas vezes por ano” (38%) e “nunca” (33%), totalizando 71%, o que é apoiado pela baixa média de 1.26.

Tabela 45 – Distribuição para o item “sinto que as outras pessoas me culpam pelos seus problemas”

Sinto que as outras pessoas me culpam pelos seus problemas	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	29	33,3	33,3
Algumas vezes por ano	33	37,9	71,3
Uma vez por mês	7	8,0	79,3
Algumas vezes por mês	12	13,8	93,1
Uma vez por semana	3	3,4	96,6
Algumas vezes por semana	3	3,4	100,0
Todos os dias	0	0,0	
Total de respostas	87	100,0	
Omissos	1		
Total	88		
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
0	5	1,26	1,333

Podemos sintetizar os resultados da análise anterior, apresentada item a item, agrupando-os de acordo com a dimensão a que pertencem, observando também as respectivas médias e a média total da sub-escala (Tabela 46). Assim, observamos que os médicos da nossa amostra apresentam níveis moderados de exaustão emocional (22.39 em relação a um nível médio de 25.5), níveis baixos de despersonalização (5.26 em relação a um nível médio de 11) e níveis elevados de realização pessoal. De facto, percebemos que a realização pessoal é a dimensão com a média mais alta (37.22 em relação a um nível médio de 29.5), sendo que todos os itens desta sub-escala apresentam uma média elevada, entre os 4.02 e os 5.20. É de salientar que o item com a pontuação mais elevada (5.20) e, portanto, mais próximo do máximo da sub-escala é o item 19 – “Sinto que consigo fazer coisas úteis no meu trabalho”, directamente relacionado com a noção de utilidade do trabalho, o sentimento de estar a contribuir para algo. Este dado é concordante com a teoria que diz que os médicos tendem a experienciar níveis altos de realização pessoal em relação à sua profissão (Schaufeli, 1999) aspecto confirmando em vários trabalhos sobre o burnout médico (Magalhães & Glina, 2006; Moreno-Jiménez et al., 2006).

A nossa amostra apresenta níveis moderados de exaustão emocional, sendo que o único item com valor elevado é o nº 2 – “Sinto-me cansado no final de um dia de trabalho”, o que parece apontar mais para um cansaço físico e não tanto um cansaço emocional. Podemos observar que as restantes três respostas que são mais associadas ao cansaço físico no trabalho apresentam níveis médios (nº 3 – “Sinto-me cansado quando me levanto para ir trabalhar”; nº 8 – “Sinto-me fisicamente exausto com o meu trabalho” e nº 14 – “Sinto que estou a trabalhar demais”), sendo que os itens de carácter mais emocional apresentam valores baixos. Por último, os itens da dimensão despersonalização apresentam valores baixos, consubstanciando-se numa média baixa desta dimensão, podendo explicar os baixos níveis de burnout verificados na nossa amostra.

Tabela 46 – Sub-escalas do Burnout (MBI)

Sub-escala	Itens do MBI	Mín.	Max.	Média	Desvio Padrão	QQ	Sig
Exaustão emocional	1. Sinto-me emocionalmente exausto com o meu trabalho	0	6	2,62	1,783	27,71	,000***
	2. Sinto-me cansado no final de um dia de trabalho	1	6	4,01	1,418	53,682	,000***
	3. Sinto-me cansado quando me levanto para ir trabalhar	0	6	3,10	1,794	42,295	,000***
	6. Custa-me trabalhar todo o dia com as outras pessoas	0	5	1,29	1,346	66,448	,000***
	8. Sinto-me fisicamente exausto com o meu trabalho	0	6	2,90	1,755	31,159	,000***
	13. Sinto-me frustrado no meu trabalho	0	6	1,82	1,678	46,591	,000***
	14. Sinto que estou a trabalhar demais	0	6	3,28	1,838	17,477	,008**
	16. Causa-me stress trabalhar directamente com as pessoas	0	5	,95	1,160	91,552	,000***
	20. Sinto que estou a atingir os meus limites	0	6	2,50	2,000	33,864	,000***
Despersonalização	5. Trato as outras pessoas como se fossem objectos impessoais	0	5	,53	,975	136,161	,000***
	10. Tornei-me mais insensível com os outros desde que faço este trabalho	0	6	1,31	1,687	94,759	,000***
	11. Sinto-me preocupado porque este trabalho me deixa mais frio emocionalmente	0	6	,99	1,443	138,851	,000***
	15. Sinto que não me preocupo com o que acontece às pessoas com quem trabalho	0	6	1,23	1,583	93,954	,000***
	22. Sinto que as outras pessoas me culpam pelos seus problemas	0	5	1,26	1,333	60,655	,000***
Realização Pessoal	4. Compreendo facilmente como se sentem as outras pessoas	0	6	4,84	1,413	101,694	,000***
	7. Lido eficazmente com os problemas das outras pessoas	0	6	4,43	1,654	71,908	,000***
	9. Sinto que consigo ajudar as outras pessoas com o meu trabalho	1	6	5,06	1,197	103,318	,000***
	12. Sinto-me cheio de energia	0	6	4,08	1,510	65,841	,000***
	17. Consigo criar um ambiente descontraído com as pessoas com quem trabalho	2	6	5,10	,908	82,721	,000***
	18. Sinto-me bem depois de contactar com as outras pessoas	2	6	5,02	1,045	55,701	,000***
	19. Sinto que consigo fazer coisas úteis no meu trabalho	1	6	5,20	,913	78,690	,000***
	21. Lido calmamente com os problemas emocionais	1	6	4,02	1,666	35,674	,000***
Total Exaustão Emocional		3	48	22,39	9,954		
Total Despersonalização		0	22	5,26	4,803		
Total Realização Pessoal		14	48	37,22	7,130		

Na Tabela 47 apresentamos os nossos resultados juntamente com resultados de alguns estudos internacionais e nacionais sobre o burnout. Comparando com outros estudos realizados em Portugal, verificamos que a nossa amostra apresenta níveis de realização pessoal superiores aos da Polícia (Mendes, 2002), mas menor do que os dos bombeiros (Vara, 2005), e apresenta maior exaustão emocional e menor despersonalização do que estas duas amostras. Relativamente aos estudos com a mesma população, podemos verificar que os nossos resultados são semelhantes aos de Horta (2005) e apresentam níveis de burnout ligeiramente superiores aos de Oncologistas portugueses (Travado et al., 2005) mas menores do que os médicos de família americanos (Rafferty et al., 1986), do que os médicos espanhóis

(Maslach & Jackson, 1997) e do que a amostra de médicos e enfermeiros croatas (Cubril-Turek et al., 2006). Registe-se a média de realização pessoal e da exaustão emocional acima dos estudos internacionais de referência (com grandes amostras) e a de despersonalização abaixo destes.

Tabela 47 – Comparação de vários estudos de burnout

	Amostra	Subescala	Média	Desvio padrão
Estudo Original	Total EUA Maslach & Jackson (1997) (N=11067)	Exaustão	20,99	10,75
		Despersonalização	8,73	5,89
		Realização pessoal	34,58	7,11
Estudos internacionais	Médicos e enfermeiros EUA (N=1104)	Exaustão	22,19	9,53
		Despersonalização	7,12	5,22
		Realização pessoal	36,53	7,34
	Profissionais de saúde mental EUA (N=730)	Exaustão	16,89	8,90
		Despersonalização	5,72	4,62
		Realização pessoal	30,87	6,37
	Médicos Espanha Maslach & Jackson (1997) (N=156)	Exaustão	26,42	12,26
		Despersonalização	10,77	6,60
		Realização pessoal	32,46	8,41
	Médicos e enfermeiros UCI Croácia Cubril-Turek et al.(2006) (N=40)	Exaustão	24,9	11,2
		Despersonalização	6,0	5,6
		Realização pessoal	34,4	8,8
	Médicos de Família USA Rafferty et tal. (1986) (N=67)	Exaustão	25,3	7,3
		Despersonalização	12,2	5,5
		Realização pessoal	37,6	5,9
	Pessoal cuidados de saúde 2 Hospitais Piko (2006) Hungria (N=450)	Exaustão	24,7	6,2
		Despersonalização	9,4	3,3
		Realização pessoal	27,4	4,4
Estudos Portugueses	Enfermeiros Portugal Sá (2002) (N=273)	Exaustão	23,17	10,36
		Despersonalização	4,44	3,98
		Realização pessoal	35,18	7,43
	Enfermeiros Portugal Sá e Fleming (2008) (N=107)	Exaustão	17,95	9,95
		Despersonalização	9,51	4,09
		Realização pessoal	34,93	8,41
	Médicos Oncologistas de 3 países Travado et al. (2005) Amostra Port. (N=38)	Exaustão	19,79	10,91
		Despersonalização	4,63	4,10
		Realização pessoal	39,79	5,24
	Médicos UCI Portugal Horta (2005) (N=71)	Exaustão	20,5	9,685
		Despersonalização	6,9	4,905
		Realização pessoal	39,2	5,267
	<i>Polícias Portugal *</i> Mendes (2005) (N=150)	Exaustão	15,04	10,44
		Despersonalização	5,78	5,33
		Realização pessoal	36,00	7,82
	<i>Bombeiros Portugal *</i> Vara (2006) (N=119)	Exaustão	16,55	9,612
		Despersonalização	6,36	6,193
		Realização pessoal	39,03	7,513
	Médicos do Grande Porto (neste estudo) (N=88)	Exaustão	22,39	9,954
		Despersonalização	5,26	4,803
		Realização pessoal	37,22	7,130

* Estudos que utilizaram a mesma tradução do MBI que utilizamos

Terminada a análise descritiva, concluímos que a nossa amostra encontra-se globalmente satisfeita e motivada com a situação profissional actual, sendo que a motivação no início do exercício da profissão era ainda mais elevada. No entanto, não se assiste a uma diminuição muito significativa desde então para o momento presente. Perante este cenário, percebe-se porque é que a grande maioria dos médicos da nossa amostra não mudaria de funções profissionais, de instituição nem de profissão, caso tivesse oportunidade. Apesar de pouco escolhida, a possibilidade de mudança de instituição é a que congrega uma percentagem maior de respostas positivas em relação às outras, ainda que seja uma percentagem muito baixa, enquanto a possibilidade de mudança de profissão apresenta-se como a menos equacionada (2%).

Relativamente à área emocional, mais especificamente, na procura de sensações, a nossa amostra apresenta níveis médios na procura de emoção e aventura sendo que esta não parece ser uma característica dos médicos estudados. O mesmo se pode dizer da procura de experiências, onde a amostra obtém também níveis médios. Os médicos da nossa amostra parecem não ser muito desinibidos e revelam tolerar bem o aborrecimento. Relativamente aos afectos, a nossa amostra revela afectos positivos, bem-estar psicológico, apresentando ainda níveis acima da média de estado de humor e felicidade. Por último, observamos que os médicos da nossa amostra apresentam níveis moderados de exaustão emocional, níveis baixos de despersonalização e níveis elevados de realização pessoal, o que configura níveis baixos de burnout.

Terminada a análise descritiva, procederemos agora a uma análise comparativa.

5.2. Análise comparativa

Para efectuar a análise comparativa utilizamos o Teste t de Student para analisar as diferenças de médias entre duas variáveis e o OneWay Anova quando se trata de analisar três ou mais variáveis.

No que se refere à comparação entre sexos, foi utilizado o Teste t de Student para duas amostras independentes para comparar a distribuição de homens (41) e mulheres (47) da nossa amostra em relação a algumas variáveis em estudo. Assim, como podemos ver na Tabela 48, não foram encontradas diferenças significativas entre médicos homens e médicos mulheres na nossa amostra nas diferentes variáveis. Relativamente ao burnout, variável onde se poderiam esperar diferenças de acordo com uma das nossas hipóteses de trabalho, a investigação tem obtido dados contraditórios quanto à sua relação com o sexo dos inquiridos, havendo diferentes perspectivas sobre quem estaria mais sujeito ao desenvolvimento desta síndrome, como já mencionamos anteriormente no Capítulo 1 deste trabalho. Relembrando,

Pines e Aronson (1981) referem vários estudos que apoiam a tese de que as mulheres experienciam maiores níveis de burnout do que os homens, dado confirmado por Bauer (2006). Contudo, Maslach e Jackson, num estudo realizado em 1985, obtiveram dados opostos, o que sugere que o sexo do indivíduo não seria um aspecto principal no desenvolvimento desta síndrome. Relativamente à procura de sensações (Zuckerman, 1994), salvo raras excepções, geralmente os homens tendem a obter resultados mais altos nas escalas TAS (procura de emoção e aventura) e DIS (desinibição) do que as mulheres, não se encontrando diferenças na ES (procura de experiências). Quanto ao ABS, Bradburn (1969) não encontra diferenças significativas entre homens e mulheres e Ryff (1989) salienta que as variáveis sociodemográficas tendem a explicar pouco da variância do bem-estar psicológico, ainda que combinadas entre si, o que se comprovou no presente estudo.

Tabela 48 – Distribuição da amostra pelas variáveis de acordo com o sexo

Escalas		Sexo	N	Média	Desvio Padrão	t	P
Sensation Seeking	Procura de Emoção e Aventura (TAS)	Masculino	41	5,37	2,364	1,440	,154
		Feminino	47	4,51	3,189		NS
	Procura de Experiências (ES)	Masculino	41	4,98	2,080	-	,245
		Feminino	47	5,51	2,186		NS
	Desinibição (DIS)	Masculino	41	3,32	2,423	,922	,359
		Feminino	47	2,87	2,102		NS
	Intolerância ao Aborrecimento (BS)	Masculino	41	2,56	1,644	-,951	,344
		Feminino	47	2,94	2,004		NS
	Total Sensation Seeking	Masculino	41	16,22	6,195	,270	,788
		Feminino	47	15,83	7,227		NS
MBI	Exaustão emocional	Masculino	41	21,02	9,004	-	,233
		Feminino	47	23,57	10,668		NS
	Despersonalização	Masculino	41	6,20	5,197	1,723	,089
		Feminino	47	4,45	4,323		NS
	Realização pessoal	Masculino	41	37,32	7,408	,124	,902
		Feminino	47	37,13	6,958		NS
ABS	Total ABS positivo	Masculino	41	28,59	1,449	1,022	,309
		Feminino	47	28,23	1,735		NS
	Total ABS negativo	Masculino	41	23,05	1,396	-	,130
		Feminino	47	23,62	2,059		NS

Quanto à existência de filhos (Tabela 49), encontramos diferenças significativas apenas na subescala desinibição (DIS) da procura de sensações, sendo os médicos sem filhos que apresentam um grau de desinibição superior aos médicos com filhos. Não se observam diferenças significativas entre estes dois grupos para as restantes variáveis. Dado que a subescala desinibição se caracteriza por atitudes mais desprendidas e reflecte a procura de sensações através de actividades sociais, como festas, consumo social de bebidas ou sexo, parece ser natural assumirmos que os médicos sem filhos terão mais tempo e disponibilidade para a procura de sensações através desta forma de comportamento do que aqueles com filhos a seu cargo.

Tabela 49 – Distribuição da amostra pelas variáveis de acordo com a existência ou não de filhos

Escala		Filhos	N	Média	Desvio Padrão	t	P
Sensation Seeking	Procura de Emoção e Aventura (TAS)	Com filhos	38	4,68	2,395	-,758	,450
		Sem filhos	46	5,15	3,252		NS
	Procura de Experiências (ES)	Com filhos	38	4,89	1,997	-	,148
		Sem filhos	46	5,59	2,286		NS
	Desinibição (DIS)	Com filhos	38	2,45	1,796	-	,021**
		Sem filhos	46	3,54	2,364		
	Intolerância ao Aborrecimento (BS)	Com filhos	38	2,50	1,983	-	,242
		Sem filhos	46	2,98	1,732		NS
	Total Sensation Seeking	Com filhos	38	14,53	5,976	-	,066
		Sem filhos	46	17,26	7,234		NS
MBI	Exaustão emocional	Com filhos	38	21,39	9,641	-	,234
		Sem filhos	46	23,98	9,965		NS
	Despersonalização	Com filhos	38	5,82	5,432	,	,416
		Sem filhos	46	4,93	4,439		NS
	Realização pessoal	Com filhos	38	37,71	7,229	,	,488
		Sem filhos	46	36,61	7,203		NS
ABS	Total ABS positivo	Com filhos	38	28,42	1,518	,	,745
		Sem filhos	46	28,30	1,724		NS
	Total ABS negativo	Com filhos	38	23,53	1,538	,	,474
		Sem filhos	46	23,24	2,024		NS

Efectuamos uma comparação quanto à realização de horas extraordinárias, verificando que os dois grupos de resposta (Sim ou Não) não obtiveram diferenças significativas entre si (Tabela 50).

Tabela 50 – Distribuição da amostra pelas variáveis de acordo com a realização ou não de horas extraordinárias

Escala		Faz horas extraordinárias?	N	Média	Desvio Padrão	t	P
Sensation Seeking	Procura de Emoção e Aventura (TAS)	Sim	45	5,13	3,020	,753	,454
		Não	43	4,67	2,679		NS
	Procura de Experiências (ES)	Sim	45	5,53	2,170	1,222	,225
		Não	43	4,98	2,099		NS
	Desinibição (DIS)	Sim	45	3,33	2,326	1,081	,283
		Não	43	2,81	2,174		NS
	Intolerância ao Aborrecimento (BS)	Sim	45	2,69	1,649	-,375	,708
		Não	43	2,84	2,046		NS
	Total Sensation Seeking	Sim	45	16,69	7,106	,	,337
		Não	43	15,30	6,319		NS
MBI	Exaustão emocional	Sim	45	23,11	10,274	,	,488
		Não	43	21,63	9,671		NS
	Despersonalização	Sim	45	4,71	4,241	-1,101	,274
		Não	43	5,84	5,318		NS
	Realização pessoal	Sim	45	37,51	6,747	,	,694
		Não	43	36,91	7,578		NS
ABS	Total ABS positivo	Sim	45	28,22	1,808	-1,048	,298
		Não	43	28,58	1,367		NS
	Total ABS negativo	Sim	45	23,24	1,967	-,574	,567
		Não	43	23,47	1,609		NS

Passamos agora à análise da possibilidade de mudar de funções na profissão, de instituição ou mesmo de profissão, comparando os dois grupos de respostas obtidas com as variáveis em estudo. Assim, na Tabela 51 podemos observar que os médicos que mudavam de funções na profissão são os que apresentam uma média mais elevada de exaustão emocional. Por outro lado, os médicos que não mudavam de funções profissionais apresentam uma média de realização pessoal significativamente superior aos que escolhiam mudar se pudessem. Não se observam diferenças significativas entre estes dois grupos para as restantes variáveis. A exaustão emocional pode então provocar um mal-estar tão elevado que leva o indivíduo a querer mudar de funções dentro da mesma profissão.

Tabela 51 – Distribuição da amostra pelas variáveis de acordo com a possibilidade de mudança ou não de funções

Escala		Mudava de Funções?	N	Média	Desvio Padrão	t	P
Sensation Seeking	Procura de Emoção e Aventura (TAS)	Sim	14	5,57	2,243	,947	,346 NS
		Não	74	4,78	2,948		
	Procura de Experiências (ES)	Sim	14	4,43	2,209	-1,601	,113 NS
		Não	74	5,42	2,107		
	Desinibição (DIS)	Sim	14	2,43	1,785	-1,180	,241 NS
		Não	74	3,20	2,323		
	Intolerância ao Aborrecimento (BS)	Sim	14	2,64	1,646	-,261	,795 NS
		Não	74	2,78	1,889		
	Total Sensation Seeking	Sim	14	15,07	5,413	-,568	,572 NS
		Não	74	16,19	6,969		
MBI	Exaustão emocional	Sim	14	27,93	10,716	2,329	,022**
		Não	74	21,34	9,520		
	Despersonalização	Sim	14	7,29	6,977	1,248	,231 NS
		Não	74	4,88	4,230		
	Realização pessoal	Sim	14	32,29	8,389	-2,943	,004***
		Não	74	38,15	6,520		
ABS	Total ABS positivo	Sim	14	27,93	2,200	-1,193	,236 NS
		Não	74	28,49	1,473		
	Total ABS negativo	Sim	14	23,36	2,818	,007	,994 NS
		Não	74	23,35	1,557		

Relativamente à mudança de instituição, não se observaram diferenças significativas entre os que mudariam e os que não mudariam relativamente às variáveis em estudo (Tabela 52).

Tabela 52 – Distribuição da amostra pelas variáveis de acordo com possibilidade de mudança ou não de instituição

Escala		Mudava de Instituição?	N	Média	Desvio Padrão	t	P
Sensation Seeking	Procura de Emoção e Aventura (TAS)	Sim	24	4,92	2,685	,015	,988
		Não	64	4,91	2,932		NS
	Procura de Experiências (ES)	Sim	24	5,21	2,167	-,141	,888
		Não	64	5,28	2,149		NS
	Desinibição (DIS)	Sim	24	2,58	2,125	-1,268	,208
		Não	64	3,27	2,290		NS
	Intolerância ao Aborrecimento (BS)	Sim	24	2,79	1,744	,094	,925
		Não	64	2,75	1,894		NS
MBI	Exaustão emocional	Sim	24	24,21	10,065	1,052	,296
		Não	64	21,70	9,905		NS
	Despersonalização	Sim	24	5,71	5,575	,532	,596
		Não	64	5,09	4,517		NS
	Realização pessoal	Sim	24	36,63	6,358	-,474	,637
		Não	64	37,44	7,434		NS
ABS	Total ABS positivo	Sim	24	28,00	1,769	-1,429	,157
		Não	64	28,55	1,532		NS
	Total ABS negativo	Sim	24	23,88	1,918	1,691	,094
		Não	64	23,16	1,720		NS

A Tabela 53 apresenta a comparação entre os médicos que mudavam de profissão caso tivessem oportunidade para isso e os que não mudavam, relativamente às variáveis em estudo. Podemos verificar que as diferenças significativas ocorrem relativamente às subescalas do burnout exaustão emocional e despersonalização, relativamente a médicos que mudariam de profissão caso tivessem oportunidade. Especificamente, o grupo de médicos que mudaria de profissão apresenta maiores níveis de exaustão emocional do que o grupo dos que não mudariam. Lembramos que no nosso enquadramento teórico mencionamos que a exaustão emocional se correlaciona com a intenção de abandono da profissão (cf. Maslach & Jackson, 1981; Geurts et al., 1998). É ainda o grupo que mudaria que apresenta níveis de despersonalização em média significativamente maiores do que o grupo de médicos que não mudaria. Estes resultados diferenciados para as duas subescalas do MBI não se verificam na subescala realização pessoal, o que parece ir ao encontro do postulado por vários autores, de que a realização pessoal poder ser um factor independente e não uma dimensão interna da síndrome (Buunk & Schaufeli, 1993; Moreno-Jiménez et al., 2006). Não se observam diferenças significativas entre estes dois grupos para as restantes variáveis. Podemos então concluir que a exaustão emocional e a despersonalização, quando elevadas, podem levar o inquirido a mudar de funções ou até de profissão, não parecendo a instituição desempenhar um papel tão relevante.

Tabela 53 – Distribuição da amostra pelas variáveis de acordo com a possibilidade de mudança ou não de profissão

Escala		Mudava de Instituição?	N	Média	Desvio Padrão	t	P
Sensation Seeking	Procura de Emoção e Aventura (TAS)	Sim	2	3,00	2,828	-,957	,341
		Não	86	4,95	2,853		
	Procura de Experiências (ES)	Sim	2	6,50	3,536	,826	,411
		Não	86	5,23	2,124		
	Desinibição (DIS)	Sim	2	4,00	1,414	,582	,562
		Não	86	3,06	2,272		
	Intolerância ao Aborrecimento (BS)	Sim	2	3,50	,707	,571	,570
		Não	86	2,74	1,861		
	Total Sensation Seeking	Sim	2	17,00	2,828	,209	,835
		Não	86	15,99	6,801		
MBI	Exaustão emocional	Sim	2	39,00	12,728	2,456	,016**
		Não	86	22,00	9,637		
	Despersonalização	Sim	2	15,00	1,414	3,034	,003***
		Não	86	5,03	4,616		
	Realização pessoal	Sim	2	31,50	4,950	-1,149	,254
		Não	86	37,35	7,139		
ABS	Total ABS positivo	Sim	2	28,00	1,414	-,352	,726
		Não	86	28,41	1,619		
	Total ABS negativo	Sim	2	24,00	2,828	,514	,608
		Não	86	23,34	1,786		

Efectuamos ainda comparações em função do estado civil e começando pela procura de sensações (Tabela 54), encontramos diferenças significativas no sentido dos sujeitos casados/em união de facto se oporem aos outros grupos em relação ao resultado total e às respectivas subescalas, apresentando sistematicamente valores mais baixos. O grupo dos solteiros e o dos separados/divorciados apresenta invariavelmente valores mais altos do que os casados, com a excepção da dimensão intolerância ao aborrecimento (BS) onde os solteiros mantêm a média mais elevada (3.42), sendo logo seguidos dos sujeitos viúvos (3.0), dos casados/em união de facto (2.33) e só em último aparecem os separados/divorciados com a média mais baixa (1.75). Estes dados parecem corroborar os estudos de Zuckerman (1994) em que os indivíduos divorciados, de ambos os sexos, apresentam altos níveis de procura de sensações, maior desinibição e procura de novas experiências.

Tabela 54 – Comparação dos níveis de procura de sensações em função do estado civil

Sensation Seeking	Estado Civil	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	F	Sig.
Procura de Emoção e Aventura (TAS)	Solteiro	36	6,00	2,808	0	10	3,968	,011 **
	Casado/União de facto	46	3,98	2,534	0	9		
	Divorciado/Separado	4	6,00	2,160	4	9		
	Viúvo	2	4,50	6,364	0	9		
	Total	88	4,91	2,851	0	10		
Procura de Experiências (ES)	Solteiro	36	5,97	2,236	10	2	4,623	,005 ***
	Casado/União de facto	46	4,52	1,906	8	1		
	Divorciado/Separado	4	7,00	,816	8	6		
	Viúvo	2	6,00	1,414	7	5		
	Total	88	5,26	2,142	10	1		
Desinibição (DIS)	Solteiro	36	4,03	2,524	0	9	4,815	,004 ***
	Casado/União de facto	46	2,43	1,695	0	6		
	Divorciado/Separado	4	3,25	2,872	0	7		
	Viúvo	2	,50	,707	0	1		
	Total	88	3,08	2,255	0	9		
Intolerância ao Aborrecimento (BS)	Solteiro	36	3,42	1,556	1	9	2,969	,036 **
	Casado/União de facto	46	2,33	1,921	0	8		
	Divorciado/Separado	4	1,75	2,217	0	5		
	Viúvo	2	3,00	1,414	2	4		
	Total	88	2,76	1,844	0	9		
Total Sensation Seeking	Solteiro	36	19,42	6,643	6	33	7,013	,000 ***
	Casado/União de facto	46	13,26	5,690	3	25		
	Divorciado/Separado	4	18,00	6,272	13	26		
	Viúvo	2	14,00	5,657	10	18		
	Total	88	16,01	6,730	3	33		

Quanto ao burnout, não encontramos diferenças significativas entre os respondentes casados/em união de facto e todos os outros (Tabela 55), apesar de a teoria apontar para que os indivíduos casados apresentem menos burnout do que os solteiros e divorciados (Bauer, 2006; Guevara et al., 2004; Maslach & Jackson, 1981).

Tabela 55 – Comparação dos níveis de burnout em função do estado civil

MBI	Estado Civil	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	F	Sig.
Exaustão emocional	Solteiro	36	22,83	10,592	5	48	,665	,576 NS
	Casado/União de facto	46	21,98	9,822	3	44		
	Divorciado/Separado	4	26,75	5,852	22	34		
	Viúvo	2	15,00	7,071	10	20		
	Total	88	22,39	9,954	3	48		
Despersonalização	Solteiro	36	4,64	4,030	0	16	1,004	,395 NS
	Casado/União de facto	46	5,89	5,363	0	22		
	Divorciado/Separado	4	5,75	4,924	1	10		
	Viúvo	2	1,00	1,414	0	2		
	Total	88	5,26	4,803	0	22		
Realização pessoal	Solteiro	36	37,89	6,269	21	46	,535	,659 NS
	Casado/União de facto	46	36,41	8,073	14	48		
	Divorciado/Separado	4	40,25	2,500	37	43		
	Viúvo	2	37,50	3,536	35	40		
	Total	88	37,22	7,130	14	48		

Também em relação às emoções (avaliadas pela Affect Balance Scale), não encontramos diferenças significativas entre os médicos de diferentes estados civis (Tabela 56).

Tabela 56 – Comparação dos níveis de emoção em função do estado civil

ABS	Estado Civil	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	F	Sig.
Total ABS positivo	Solteiro	36	28,67	1,121	25	30	2,053	,113 NS
	Casado/União de facto	46	28,11	1,912	21	30		
	Divorciado/Separado	4	29,75	,500	29	30		
	Viúvo	2	27,50	,707	27	28		
	Total	88	28,40	1,608	21	30		
Total ABS negativo	Solteiro	36	23,17	1,404	22	27	,657	,581 NS
	Casado/União de facto	46	23,46	2,052	16	27		
	Divorciado/Separado	4	24,25	2,217	22	27		
	Viúvo	2	22,50	,707	22	23		
	Total	88	23,35	1,794	16	27		

As tabelas seguintes apresentam a comparação da categoria profissional dos médicos da amostra em relação a algumas variáveis em estudo. Assim, na Tabela 57 podemos ver a comparação entre categoria profissional dos médicos e procura de sensações reportada, existindo diferenças significativas ao nível das dimensões desinibição e intolerância ao aborrecimento. Globalmente, verificamos que os médicos no início de carreira apresentam valores de procura de sensações maiores do que os de fim de carreira. Especificamente, a categoria que apresenta sempre valores acima da média em todas as dimensões é a de Interno Complementar, correspondente ao segundo grau do início da carreira médica hospitalar e correspondendo também aos médicos mais novos. A categoria Chefe de Serviço apresenta também valores acima da média em quase todas as dimensões, ainda que estas diferenças não sejam significativas. Em relação às diferenças significativas, verificam-se no sentido de serem estas duas categorias profissionais as que mais se destacam, sendo que na dimensão intolerância ao aborrecimento se juntam também os Assistentes Hospitalares Graduados com valores acima da média.

Os médicos em início de carreira na nossa amostra associam-se aos profissionais mais novos. De facto, a teoria diz que os níveis procura de sensações tendem a apresentar um decréscimo ao longo da idade, quer no total do traço de personalidade, quer especificamente nas dimensões desinibição e procura de emoção e aventura a partir da fase final da adolescência e do início da idade adulta (Zuckerman, 1994).

Tabela 57 – Comparação dos níveis de procura de sensações em função da categoria profissional

Sensation Seeking	Categoria Profissional	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	F	Sig.
Procura de Emoção e Aventura (TAS)	Interno Geral	4	5,75	1,708	4	8	,722	,633 NS
	Interno Complementar	34	5,38	3,376	0	10		
	Assistente hospitalar	24	4,67	2,479	0	10		
	Assist.hosp.graduado	13	3,77	3,004	0	9		
	Chefe de serviço	3	6,00	2,000	4	8		
	Director de serviço	7	4,86	2,116	2	9		
	Médico com contrato	2	3,50	,707	3	4		
	Total	87	4,90	2,865	0	10		
Procura de Experiências (ES)	Interno Geral	4	4,50	1,291	3	6	1,437	,211 NS
	Interno Complementar	34	5,88	2,240	2	9		
	Assistente hospitalar	24	5,25	2,111	1	10		
	Assist.hosp.graduado	13	4,85	2,304	2	8		
	Chefe de serviço	3	3,67	2,517	1	6		
	Director de serviço	7	4,29	,756	3	5		
	Médico com contrato	2	3,50	,707	3	4		
	Total	87	5,23	2,133	1	10		
Desinibição (DIS)	Interno Geral	4	4,50	3,416	1	9	3,277	,006 ***
	Interno Complementar	34	4,06	1,906	0	7		
	Assistente hospitalar	24	2,50	2,502	0	9		
	Assist.hosp.graduado	13	1,85	1,281	0	4		
	Chefe de serviço	3	2,67	,577	2	3		
	Director de serviço	7	1,71	1,604	0	4		
	Médico com contrato	2	2,00	2,828	0	4		
	Total	87	3,03	2,228	0	9		
Intolerância ao Aborrecimento (BS)	Interno Geral	4	3,25	1,893	2	6	2,234	,048 **
	Interno Complementar	34	3,21	1,493	0	6		
	Assistente hospitalar	24	2,04	1,756	0	7		
	Assist.hosp.graduado	13	2,46	1,506	0	4		
	Chefe de serviço	3	1,67	,577	1	2		
	Director de serviço	7	4,00	3,317	0	9		
	Médico com contrato	2	1,00	,000	1	1		
	Total	87	2,74	1,839	0	9		
Total Sensation Seeking	Interno Geral	4	18,00	4,243	14	24	2,023	,072 NS
	Interno Complementar	34	18,53	7,064	3	29		
	Assistente hospitalar	24	14,46	6,757	3	33		
	Assist.hosp.graduado	13	12,92	4,838	5	19		
	Chefe de serviço	3	14,00	4,359	9	17		
	Director de serviço	7	14,86	6,414	8	26		
	Médico com contrato	2	10,00	4,243	7	13		
	Total	87	15,90	6,682	3	33		

Relativamente à comparação das categorias profissionais da amostra com o burnout (Tabela 58) e com as emoções (Tabela 59) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 58 – Comparação dos níveis de burnout em função da categoria profissional

MBI	Categoria Profissional	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	F	Sig.
Exaustão emocional	Interno Geral	4	21,50	9,883	9	32	1,000	,431 NS
	Interno Complementar	34	24,56	10,768	5	48		
	Assistente hospitalar	24	22,79	9,103	9	42		
	Assist.hospitalar graduado	13	20,08	10,128	3	36		
	Chefe de serviço	3	19,67	8,386	10	25		
	Director de serviço	7	15,71	7,825	6	26		
	Médico com contrato	2	19,00	11,314	11	27		
	Total	87	22,25	9,933	3	48		
Desperso- nalização	Interno Geral	4	4,25	5,058	0	10	,279	,945 NS
	Interno Complementar	34	5,03	4,387	0	16		
	Assistente hospitalar	24	5,29	5,246	0	22		
	Assist.hospitalar graduado	13	4,69	4,956	0	17		
	Chefe de serviço	3	4,67	4,163	0	8		
	Director de serviço	7	6,71	4,855	1	13		
	Médico com contrato	2	8,00	11,314	0	16		
	Total	87	5,21	4,803	0	22		
Realização pessoal	Interno Geral	4	35,75	8,770	26	45	1,132	,351 NS
	Interno Complementar	34	37,15	7,312	14	48		
	Assistente hospitalar	24	37,42	6,269	23	47		
	Assist.hospitalar graduado	13	37,92	7,410	26	48		
	Chefe de serviço	3	43,33	5,033	38	48		
	Director de serviço	7	36,14	8,688	21	45		
	Médico com contrato	2	27,00	1,414	26	28		
	Total	87	37,17	7,160	14	48		

Tabela 59 – Comparação dos níveis de emoção em função da categoria profissional

ABS	Categoria Profissional	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	F	Sig.
ABS Positivo	Interno Geral	4	29,25	,957	28	30	,342	,912 NS
	Interno Complementar	34	28,35	1,873	21	30		
	Assistente hospitalar	24	28,25	1,359	25	30		
	Assist.hospitalar graduado	13	28,46	1,613	25	30		
	Chefe de serviço	3	28,67	1,528	27	30		
	Director de serviço	7	28,00	1,732	25	30		
	Médico com contrato	2	29,00	1,414	28	30		
	Total	87	28,38	1,608	21	30		
ABS Negativo	Interno Geral	4	22,00	,000	22	22	,423	,862 NS
	Interno Complementar	34	23,38	2,160	16	27		
	Assistente hospitalar	24	23,50	1,719	22	27		
	Assist.hospitalar graduado	13	23,54	1,561	22	27		
	Chefe de serviço	3	23,33	1,528	22	25		
	Director de serviço	7	23,29	1,496	22	26		
	Médico com contrato	2	23,00	1,414	22	24		
	Total	87	23,36	1,804	16	27		

Terminada a análise comparativa, procederemos seguidamente a uma análise correlacional.

5.3. Análise correlacional

Debruçamo-nos agora sobre as correlações existentes entre a procura de sensações, emoções (ou estado de afectividade), burnout e algumas variáveis demográficas. Apresentamos em todos os quadros o valor do R de Pearson (que designamos por R) e a significância estatística (designada por Sig). Esta análise é usada para descrever a força e direcção de uma relação linear entre duas variáveis. É de notar que não apresentamos as correlações internas para cada instrumento (entre as suas dimensões) pois foram todas significativas, o que é condizente com o esperado para um questionário válido.

Começamos por analisar as correlações existentes entre a procura de sensações (escala SS) e as emoções (Tabela 60), encontrando uma correlação positiva entre o total da escala SS e o ABS positivo, o que significa que quanto mais elevado o ABS positivo, mais procuram sensações fortes. A subescala procura de emoção e aventura (TAS) é a que se relaciona mais significativamente com o ABS positivo, sendo esta que influencia o SS Total. Lembramos que Bradburn (1969) verificou nos seus estudos que o afecto positivo se correlacionava com a actividade social e a experiências novas ou variadas e Zuckerman (1994) refere que a procura de sensações se associa à expressão emocional, primariamente no que respeita às emoções positivas. Não existem correlações significativas entre a procura de sensações e o ABS negativo.

Tabela 60 – Correlação entre procura de sensações e emoções

Sensation Seeking		Affect Balance Scale	
		Total ABS Positivo	Total ABS Negativo
Procura de Emoção e Aventura (TAS)	R	,279**	-,176
	Sig. (2-tailed)	,009	,102
Procura de Experiências (ES)	R	,160	-,060
	Sig. (2-tailed)	,137	,578
Desinibição (DIS)	R	,184	-,166
	Sig. (2-tailed)	,085	,122
Intolerância ao aborrecimento (BS)	R	,028	-,006
	Sig. (2-tailed)	,792	,959
Total SS	R	,238*	-,151
	Sig. (2-tailed)	,025	,161

Relativamente à correlação entre o burnout (MBI) e a procura de sensações, não encontramos correlações significativas, à excepção da subescala despersonalização, que se correlaciona positivamente com a subescala desinibição (DIS), revelando que os médicos mais desinibidos são também os que apresentam níveis de despersonalização mais elevados (Tabela 61).

Tabela 61 – Correlação entre o burnout e procura de sensações

MBI		Sensation Seeking				
		Total TAS	Total ES	Total DIS	Total BS	Total SS
Exaustão emocional	R	-,207	,079	-,084	-,086	-,114
	Sig. (2-tailed)	,053	,466	,435	,427	,289
Despersonalização	R	-,024	,170	,233*	,167	,167
	Sig. (2-tailed)	,822	,114	,029	,121	,119
Realização pessoal	R	,161	-,022	-,080	-,087	,010
	Sig. (2-tailed)	,134	,840	,456	,421	,923

Quanto às correlações entre o burnout e as emoções (Tabela 62), foram encontradas correlações positivas significativas entre a realização pessoal e o ABS positivo, o que revela que os médicos mais realizados pessoalmente são os que apresentam resultados mais elevados no ABS positivo, exibindo níveis mais elevados de bem-estar e humor. A realização pessoal caracteriza-se pelo sentimento de competência e eficácia na profissão, acompanhado por alta auto-estima. A literatura tem verificado que trabalhadores mais realizados profissionalmente caracterizam-se por elevado afecto positivo (Langelaan et al, 2006). Relativamente ao ABS negativo, este correlaciona-se positivamente com a exaustão emocional, o que significa que, como seria de esperar, são os médicos com maiores níveis de exaustão emocional que apresentam mais ABS negativo, caracterizado por estados de humor diminuído e níveis mais baixos de felicidade relatada.

Tabela 62 – Correlação entre burnout e emoções

MBI		Affect Balance Scale	
		Total ABS Positivo	Total ABS Negativo
Exaustão emocional	R	-,303	,342**
	Sig. (2-tailed)	,004	,001
Despersonalização	R	,098	,201
	Sig. (2-tailed)	,364	,060
Realização pessoal	R	,302**	-,067
	Sig. (2-tailed)	,004	,534

Seguidamente apresentamos a análise correlacional entre algumas variáveis sócio-demográficas e as variáveis do estudo. Assim, e em relação à idade, podemos observar na Tabela 63 que esta variável se correlaciona negativamente com a dimensão procura de experiências (ES) da procura de sensações, com a desinibição (DIS), com o total da escala de procura de sensações, e também, ainda que com menos força, com a dimensão exaustão emocional do burnout. Estes resultados podem sugerir que os médicos mais velhos procuram menos experiências, são menos desinibidos e estão menos exaustos emocionalmente. Não se verificam correlações significativas com as restantes variáveis. Este dado vai ao encontro da

teoria que considera a idade como a variável mais significativamente associada ao burnout, estando este mais associado a profissionais mais novos (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 2001). Também os dados dos estudos sobre a procura de sensações testemunham um declínio ao longo da idade, especificamente nas dimensões desinibição e procura de emoção e aventura (Zuckerman, 1994).

Tabela 63 – Correlação entre a idade e as variáveis do estudo

Variáveis			Idade
Sensation Seeking	Procura de Emoção e Aventura (TAS)	R	-,111
		Sig. (2-tailed)	,301
	Procura de Experiências (ES)	R	-,307**
		Sig. (2-tailed)	,004
	Desinibição (DIS)	R	-,393**
		Sig. (2-tailed)	,000
	Intolerância ao aborrecimento (BS)	R	-,040
		Sig. (2-tailed)	,708
	Total SS	R	-,288**
		Sig. (2-tailed)	,007
MBI	Exaustão emocional	R	-,270*
		Sig. (2-tailed)	,011
	Despersonalização	R	,006
		Sig. (2-tailed)	,957
	Realização pessoal	R	,050
		Sig. (2-tailed)	,642
Affect Balance Scale	ABS positivo	R	-,101
		Sig. (2-tailed)	,350
	ABS negativo	R	,036
		Sig. (2-tailed)	,738
Grau de Satisfação Momento actual		R	-,091
		Sig. (2-tailed)	,401
Grau de Motivação Momento actual		R	-,072
		Sig. (2-tailed)	,506
Grau de Motivação Início da Profissão		R	,191
		Sig. (2-tailed)	,076

Analisando agora as correlações entre os anos de serviço e as restantes variáveis (Tabela 64), podemos observar que esta variável correlaciona-se negativamente para as mesmas variáveis da variável idade, como seria de esperar. De facto, a variável anos de serviço correlaciona-se de forma altamente significativa com a variável idade. Assim, quanto mais anos de serviço têm os médicos, menos procuram experiências, são menos desinibidos, apresentam resultados mais baixos na procura de sensações e apresentam também menor exaustão emocional. Não se verificam correlações significativas com as restantes variáveis.

Tabela 64 – Correlação entre anos de serviço e as variáveis do estudo

Tabela 64 – Correlação entre anos de serviço e as variáveis do estudo			
Variáveis		Anos de Serviço	
Sensation Seeking	Procura de Emoção e Aventura (TAS)	R	-,130
		Sig. (2-tailed)	,237
	Procura de Experiências (ES)	R	-,325**
		Sig. (2-tailed)	,002
	Desinibição (DIS)	R	-,432**
		Sig. (2-tailed)	,000
	Intolerância ao aborrecimento (BS)	R	-,027
		Sig. (2-tailed)	,804
Total SS	R	-,310**	
	Sig. (2-tailed)	,004	
Maslach Burnout Inventory	Exaustão emocional	R	-,281**
		Sig. (2-tailed)	,009
	Despersonalização	R	-,045
		Sig. (2-tailed)	,684
	Realização pessoal	R	,073
		Sig. (2-tailed)	,505
Affect Balance Scale	ABS positivo	R	-,097
		Sig. (2-tailed)	,379
	ABS negativo	R	,054
		Sig. (2-tailed)	,626
Idade		R	,981**
		Sig. (2-tailed)	,000
Grau de Satisfação Momento actual		R	-,024
		Sig. (2-tailed)	,826
Grau de Motivação Momento actual		R	-,053
		Sig. (2-tailed)	,632
Grau de Motivação Início da Profissão		R	,184
		Sig. (2-tailed)	,094

Analisando os graus de satisfação e motivação com o momento profissional actual e o grau de motivação quando iniciaram a profissão com as escalas em estudo (Tabela 65), podemos verificar que a motivação inicial está correlacionada negativamente com a dimensão desinibição da procura de sensações, o que significa que quanto mais elevada é a motivação profissional inicial, menos os médicos são desinibidos. Quanto à satisfação profissional actual, podemos verificar que ela se correlaciona negativamente de forma significativa com a exaustão emocional, com a despersonalização, e de forma positiva com a realização pessoal. Por outras palavras, a satisfação profissional actual correlaciona-se de forma negativa com o burnout, resultado que vai ao encontro da nossa hipótese inicial e da teoria, uma vez que de acordo com o modelo multidimensional do burnout de Maslach, a satisfação no trabalho tende a correlacionar-se negativamente com a exaustão emocional e a despersonalização, e de forma positiva, ainda que baixa, com a realização pessoal (Maslach & Schaufeli, 1993). Spickard e colaboradores (2002) verificaram que médicos mais velhos reportavam níveis mais altos de satisfação e de compromisso profissional e baixos níveis de burnout reportado.

A satisfação actual relaciona-se também de forma positiva com o ABS positivo, e negativa com o ABS negativo, o que significa que quanto mais satisfeitos estão os médicos

com o seu trabalho, mais sentimentos positivos apresentam e menos sentimentos negativos relatam (Tabela 65). Relativamente ao grau de motivação com a profissão no momento actual, encontramos uma correlação negativa significativa com o burnout. Especificamente, e em relação a cada dimensão, observamos uma correlação negativa significativa com a exaustão emocional, uma correlação negativa com a despersonalização, e uma correlação positiva significativa com a realização pessoal. Assim, se os médicos se encontram motivados, apresentam menores níveis de burnout, o que vai ao encontro da teoria basilar do burnout que o liga directamente à baixa motivação profissional (Freudenberger, 1974; 1975; Maslach, 2003; Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 1997). Por último, e em relação ao grau de motivação no início do percurso profissional, encontramos uma correlação negativa significativa com o grau de desinibição na procura de sensações, ou seja, quanto mais elevada a motivação inicial, menor é o grau de desinibição que apresentam actualmente.

Tabela 65 – Correlação entre o grau de satisfação e motivação actual e motivação inicial com as variáveis do estudo

Variáveis			Satisfação actual	Motivação actual	Motivação inicial
Sensation Seeking	Procura de Emoção e Aventura (TAS)	R	,095	,160	-,087
		Sig. (2-tailed)	,377	,138	,421
	Procura de Experiências (ES)	R	,100	,057	-,108
		Sig. (2-tailed)	,352	,600	,318
	Desinibição (DIS)	R	,175	,161	-,286**
		Sig. (2-tailed)	,103	,136	,007
	Intolerância ao aborrecimento (BS)	R	,055	,050	-,142
		Sig. (2-tailed)	,612	,644	,189
Maslach Burnout Inventory	Total SS	R	,146	,154	-,206
		Sig. (2-tailed)	,175	,155	,056
	Exaustão emocional	R	-,460**	-,465**	-,137
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,207
	Despersonalização	R	-,235*	-,192	-,095
		Sig. (2-tailed)	,028	,075	,381
Affect Balance Scale	Realização pessoal	R	,241*	,215*	,119
		Sig. (2-tailed)	,023	,046	,274
	ABS positivo	R	,272*	,357**	,029
		Sig. (2-tailed)	,010	,001	,789
	ABS negativo	R	-,241*	-,287**	,019
		Sig. (2-tailed)	,024	,007	,862

Analisando a correlação entre o grau de satisfação e motivação actuais e o grau de motivação no início da profissão (Tabela 66) podemos perceber que existe uma correlação positiva altamente significativa entre os graus de satisfação e de motivação profissionais actuais, parecendo ser coerente que os médicos mais motivados sejam também os mais satisfeitos com o trabalho. Encontramos também uma correlação positiva entre o grau de motivação actual e o grau de motivação inicial, o que significa que os médicos mais motivados inicialmente são aqueles que reportam uma motivação mais elevada no momento actual.

Tabela 66 – Correlação entre os graus de satisfação actual, de motivação actual e de motivação inicial

		Grau de Motivação Momento actual	Grau de Motivação Início Profissão
Grau de Satisfação Momento actual	R	,814**	,141
	Sig. (2-tailed)	,000	,193
	N	87	87
Grau de Motivação Momento actual	R	–	,257*
	Sig. (2-tailed)	–	,016
	N	–	87

Em síntese, verificamos que a idade está relacionada com o tempo de serviço e confirmamos a relação entre a motivação actual e o grau de satisfação actual. Possivelmente, o facto de estes médicos exercerem a profissão há mais anos, aliado ao elevado grau de motivação e satisfação actual que se observa nesta amostra, pode funcionar como efeito “protector” do burnout. De facto, a literatura tem descrito factores de risco para o desenvolvimento de burnout entre os quais se encontram indivíduos mais jovens (Guevara, Henao & Herrera, 2004). Maslach (2003) refere mesmo a tendência do burnout ser mais elevado em jovens profissionais, relativamente a profissionais mais experientes. Maslach e Jackson (1981) avançam com uma possível explicação para este dado, defendendo que há maior probabilidade do burnout ocorrer nos primeiros anos da prática profissional, e como tal, os indivíduos que não conseguirem ultrapassar estas dificuldades poderão abandonar a profissão. Assim, os indivíduos mais velhos dos estudos podem ser aqueles que conseguiram lidar com sucesso com a situação de burnout nos primeiros anos das suas carreiras. Estes dados são corroborados por outros estudos, como os de Bakker e colaboradores (2002), Guevara e colaboradores (2004) e Feliciano, Kovacs e Sarinho (2005).

Verificamos ainda que quanto maior a satisfação e a motivação actuais, maior a realização pessoal e menores os níveis de exaustão emocional. Tal como observamos anteriormente, não existe por parte dos inquiridos intenção de mudar de instituição ou de funções nem tão pouco de profissão. Verifica-se a existência de uma relação entre a motivação e o grau de satisfação actual e, como tal, não se observam níveis de burnout significativos os quais, de acordo com a literatura, aparecem mais relacionados com variáveis como insatisfação laboral, desejo de abandonar o trabalho, sintomas físicos e emocionais (Pines & Keinan, 2005). Efectivamente, Maslach e Leiter (1997) salientavam a motivação, a energia e a eficácia como antagonistas das três dimensões do burnout, o que é congruente com os nossos dados.

Tendo terminado a apresentação e discussão dos resultados, apresentaremos em seguida algumas conclusões decorrentes do trabalho que realizamos.

Conclusões

O trabalho desempenha um papel fundamental na vida das pessoas e apresenta-se como um factor proeminente na formação da identidade e na inserção social destas. Neste contexto, considera-se que o bem-estar provindo do equilíbrio entre as expectativas relativas à actividade profissional e à concretização das mesmas aparece como um dos factores essenciais da qualidade de vida. Esta é proporcionada pela satisfação de condições objectivas ou materiais, como emprego, qualidade de habitação e bens possuídos, etc., e de condições subjectivas ou imateriais, como segurança, privacidade e afecto, bem como motivação, auto-estima, relações de apoio e reconhecimento social (Abreu et al., 2002). O trabalho pode ser fonte de grandes recompensas mas também constituir uma poderosa fonte de stress, que lentamente vai desgastando o indivíduo. O stress no trabalho tem repercussões muito importantes, sendo uma das causas que afecta o estado emocional do indivíduo e o seu humor, perturbando os vários contextos em que actua, e prejudicando-o na sua saúde física e psíquica (Vaz Serra, 1999).

Como referimos ao longo deste trabalho, existem consideráveis variações nas respostas dos indivíduos ao stress profissional. Para uns, é fonte de alimento, de aprendizagem de novas competências, tornam-se mais comprometidos e sobressaem na adversidade. Outros, tornam-se ineficazes, entediam-se, desenvolvendo uma combinação de exaustão emocional, sentimento de ineficácia pessoal e de indiferença face às necessidades daqueles que estão dependentes dos seus cuidados. O stress ocupacional é um termo genérico que se refere a um processo de adaptação temporária que é acompanhado por sintomatologia mental e física (Schaufeli & Buunk, 2003). A experiência prolongada e crónica de um estado de stress ocupacional desencadeia o burnout (Schaufeli & Buunk, 2003), conceito que foi o foco do nosso estudo. Quando os indivíduos sentem que fracassaram em realizar o trabalho da forma que tinham imaginado, deixando de retirar da profissão um sentido existencial para a sua vida, surge então o burnout que representa estado final de um processo progressivo de decepção após a elevada de motivação e implicação iniciais (Pines, 2000).

No nosso enquadramento teórico tentamos descrever a síndrome de burnout, a história da sua evolução desde um conceito “popular” até um constructo científico, suas manifestações e causas, e principais estudos, uma vez que constituiu o objecto do nosso estudo empírico numa amostra de médicos. Tentamos também descrever como as emoções e a personalidade podem estar relacionadas, abordando ainda o traço específico da procura de sensações (“sensation seeking”), traço igualmente avaliado no nosso estudo empírico. Descrevemos, por fim, o trabalho médico, as raízes do stress ocupacional e do burnout nesta profissão, a sua (des)conhecida vulnerabilidade psicológica e características típicas de personalidade. Concluímos que os médicos trabalham numa área que, apesar de ser caracterizada por níveis

elevados de stress, pode ser também considerada como privilegiada, por poder partilhar dos problemas humanos, contribuindo para a resolução de uns, convivendo com outros de mais difícil resolução, enfrentando o erro e, espera-se que, aprendendo com ele.

Sendo o fenómeno de burnout muito ligado às profissões de ajuda, nas quais a matéria-prima do trabalho são as pessoas (Maslach & Schaufeli, 1993; Pines & Aronson, 1981), tendo sido nestas que se iniciou o seu estudo sistemático (Maslach & Schaufeli, 1993), decidimos estudar como este é experienciado em médicos de um Hospital da cidade do Porto. Centramo-nos nestes profissionais uma vez que parecem constituir um grupo profissional particularmente afectado pelo stress e burnout (Frasquilho, 2005a; 2005b; Moreno-Jiménez & Puente, 1999; Nogueira-Martins, 2003; Schaufeli, 1999). Lembramos que as profissões dos serviços de saúde agregam profissionais que frequentemente iniciaram a actividade profissional com valores elevados, inclinados para o serviço ao outro, e cujo prolongado contacto intenso e emocionalmente carregado com utentes leva ao seu desgaste (Maslach, 2006; Maslach & Schaufeli, 1993). Além disso, o contexto laboral corrente dos médicos é muito complexo e exige um amplo leque de respostas destes profissionais.

Constatamos também que a literatura tem evidenciado a vulnerabilidade psicológica do médico, profissão onde podemos encontrar uma elevada prevalência de suicídio, depressão, dependência de álcool e drogas, problemas conjugais e profissionais (Frasquilho, 2005a; 2005b; Nogueira-Martins, 2003). De facto, a incidência de doença psiquiátrica em médicos aparece como superior à da população geral (Frasquilho, 2005a; 2005b). Não esqueçamos, também, que o ambiente hospitalar é um contexto propenso à sujeição a riscos infecciosos, biológicos e físicos, e mesmo riscos de se ser agredido, dado o contacto com doentes com as suas próprias características e com níveis de stress potenciados pela condição de estar fragilizado e enfermo. Apesar disto, como referimos, os médicos tendem frequentemente a negar/desqualificar os riscos inerentes à sua prática profissional. Mas a exposição aos vários riscos pode não constituir, por si só, um acrescido factor de stress em profissionais com elevados níveis de “sensation seeking”. Lembramos que a Medicina é uma área profissional onde se podem encontrar profissionais com elevados níveis do traço procura de sensações (Eaddy, 1997; Zuckerman, 1994; 2007) e que a tomada de risco não é em si mesma o objectivo do comportamento de procura de sensações, sendo apenas a contrapartida que os indivíduos pagam por aderir a determinadas actividades que satisfazem os seus desejos de novidade, excitação e mudança (Gomà-i-Freixanet, 1995; Zuckerman, 1994, 2000).

Como já referimos, existem vários estudos sobre o burnout realizados com profissionais de saúde (ex: médicos, enfermeiros), de outras áreas dos serviços humanos (ex: professores) e de áreas que não lidam directamente com pessoas (ex: finança, desporto) ou até

contextos não profissionais (ex: estudantes, casamento). Contudo, os escassos estudos portugueses encontrados nesta população sobre este tema, conduziu-nos ao objecto da nossa investigação, focalizado na vivência de burnout que origina um sentimento de fracasso em relação aos propósitos outrora idealizados, abordando também as relações existentes entre o burnout e as emoções, especificamente a procura de sensações. Neste sentido, definimos como objectivos conhecer a prevalência da síndrome de burnout numa amostra de médicos de um Hospital da cidade do Porto, caracterizar as emoções experienciadas, especificamente a procura de sensações e analisar a relação entre estas duas variáveis em função de dados sociodemográficos.

No enquadramento teórico deste trabalho percebemos que as pessoas mais predispostas ao desenvolvimento de burnout são aquelas que entram para uma actividade profissional com idealismo e boas intenções, esperançosas e dedicadas; gradualmente, com o passar do tempo, ao perceberem que não são apreciadas, vão perdendo significado daquilo que executam (Vaz Serra, 1999). Ora na profissão de médico encontram-se indivíduos com vocação para servir, dado que muitos dos estudantes que escolhem esta carreira referem como grande influência dessa opção a faceta da “vocação de serviço” e a boa imagem da figura do médico (Gaspar, 2006). Pareceu-nos assim importante perceber se a satisfação e a motivação no trabalho influíam nos níveis de burnout destes profissionais já que a investigação tem relacionado o elevado burnout com a baixa satisfação no trabalho (Brewer & Clippard, 2002; Maslach, 1998; Maslach & Schaufeli, 1993) e com a baixa motivação profissional (Schaufeli & Buunk, 2003; Schaufeli & Enzmann, 1998). De acordo com os resultados encontrados, podemos afirmar que a nossa amostra se encontra globalmente satisfeita e motivada com a situação profissional actual. Ainda que a motivação inicial reportada seja mais elevada do que actual, a diminuição sofrida não foi significativa. Este resultado é condizente com vários estudos do nosso enquadramento teórico, nomeadamente no que diz respeito à alta motivação dos jovens médicos quando iniciam a sua carreira profissional (Frasquilho, 2005a; 2005b; Gaspar, 2006; Nogueira-Martins, 2002; Spickard et al., 2002). O facto de os médicos revelarem que não mudavam de instituição, nem de funções nem tampouco de profissão, caso lhes fosse proporcionada essa oportunidade, reforça o dado de estarem globalmente satisfeitos com a profissão actual. Além disso, comprovamos que se os médicos se encontram motivados, apresentam menor burnout, e que os mais motivados são também os mais satisfeitos com o trabalho. Também em relação aos afectos, a nossa amostra revela afectos positivos, bem-estar psicológico, apresentando ainda níveis acima da média de estado de humor e de felicidade.

Um dado que nos parece importante destacar refere-se ao facto de que a muito baixa percentagem de médicos que mudaria de funções na profissão corresponder precisamente aos

que apresentam uma média mais elevada de exaustão emocional, e que aqueles que mudariam de profissão apresentam uma média mais elevada de exaustão emocional e de despersonalização. Estes dados parecem apoiar a indicação teórica de que o burnout se associa à intenção de abandonar a profissão (Schaufeli & Buunk, 2003).

De acordo com as hipóteses previamente formuladas, e centrando-nos na **primeira hipótese** (a forma como o profissional médico lida com as emoções tem impacto nos níveis de burnout apresentados), verificamos que não foi confirmada, dado que burnout e a procura de sensações não estão correlacionados significativamente, com a excepção da sub-escala despersonalização do burnout que se correlaciona positivamente com a subescala desinibição da procura de sensações, o que significa que os médicos mais desinibidos são também os que apresentam níveis de despersonalização mais elevados.

Relativamente aos níveis de burnout e de procura de sensações que caracterizam a nossa amostra, encontramos níveis baixos em ambas as variáveis. Observamos que os nossos médicos apresentam níveis moderados de exaustão emocional, níveis baixos de despersonalização e níveis elevados de realização pessoal, o que configura níveis baixos de burnout. Quanto à elevada realização pessoal, este dado confirma a teoria, já que os médicos tendem a experienciar níveis altos de realização pessoal (Schaufeli, 1999) tendo esta dimensão um efeito protector no burnout nestes profissionais (Magalhães & Glina, 2006).

Em relação à procura de sensações, a nossa amostra apresenta níveis médios na procura de emoção e aventura e na procura de experiência, sendo que estas não parecem ser características dos médicos estudados. Os médicos da nossa amostra parecem não ser muito desinibidos e revelam tolerar bem o aborrecimento. Relativamente ao resultado total da procura de sensações, este encontra-se também abaixo da média dos estudos de referência.

Relativamente à **segunda hipótese** (as mulheres apresentarão maiores níveis de burnout em relação aos homens. Especificamente, esperamos que as mulheres obtenham maiores *scores* do que os homens na dimensão *exaustão emocional* e menor do que os homens na *despersonalização*), também não foi confirmada pelos dados encontrados. Não foram encontradas diferenças significativas entre profissionais homens e mulheres na nossa amostra nas diferentes variáveis. Vimos na primeira parte deste trabalho que apesar desta hipótese ser confirmada em vários estudos (Bakker et al., 2002; Gil-Monte, 2002; Maslach & Jackson, 1981) outros há que obtêm resultados contrários e outros ainda não encontram diferenças (Maslach et al., 2001), sendo neste último caso onde se enquadram os nossos resultados.

Quanto à **terceira hipótese** (os profissionais mais novos obterão níveis de burnout maiores do que os profissionais mais velhos e com mais anos de carreira) foi confirmada. Verificamos que os médicos mais velhos estão menos exaustos emocionalmente, além de que

procuram menos experiências e são menos desinibidos. A mesma associação foi verificada para os médicos com mais anos, o que seria de esperar uma vez que estas duas variáveis sociodemográficas estão altamente correlacionadas no nosso estudo. Esta direcção da diferença, em que os médicos mais velhos reportam menor exaustão emocional é obtida em vários estudos, e vai ao encontro do corpo teórico que afirma que a idade é a variável mais significativamente associada ao burnout, e que este se associa mais a profissionais mais novos (Maslach e Jackson, 1981; Maslach et al., 2001). Além disso, e em relação à menor procura de experiências e menor desinibição, dimensões da variável “sensation seeking”, está também documentado teoricamente o declínio da procura de sensações ao longo da idade (Zuckerman, 1994). McCrae e Costa (1988, cit. in Zuckerman, 1994) acrescentam que uma das escalas que apresenta um declínio consistente, quer em estudos transversais e longitudinais, é a abertura à experiência, expressa nas acções, escala fortemente relacionada com a procura de experiências do “sensation seeking” (Zuckerman, 1994). Os nossos dados acompanham esta relação.

No que respeita à **quarta hipótese** (os profissionais solteiros ou divorciados experienciam maiores níveis de burnout do que profissionais casados/união de facto), nos nossos resultados não encontramos diferenças significativas entre os respondentes casados/em união de facto e todos os outros, contrariando a investigação sobre o tema (Bauer, 2006; Guevara et al., 2004; Maslach, 2003; Maslach & Jackson, 1981). Não se verificou aqui a teoria do suporte conjugal como protector do burnout. No entanto, em relação à procura de sensações, encontrou-se que os sozinhos apresentam maiores níveis do que os casados, o que é confirmado por Zuckerman (1994) que mostrou que os indivíduos divorciados, de ambos os sexos, apresentam altos níveis de procura de sensações, maior desinibição e procura de novas experiências.

Por último, salientamos na nossa amostra que os médicos mais realizados pessoalmente e os com maior satisfação profissional actual são os que apresentam resultados mais elevados de afecto positivo, exibindo níveis mais elevados de bem-estar e humor. A realização pessoal caracteriza-se pelo sentimento de competência e eficácia na profissão, acompanhado por sentimentos de alta auto-estima. A literatura tem verificado que os trabalhadores mais realizados profissionalmente se caracterizam por elevado afecto positivo (Langelaan et al, 2006) e Zuckerman (1994) refere a associação inversa da satisfação no trabalho com humores negativos. Verificamos também que a satisfação profissional actual se correlaciona negativamente com o burnout como é defendido por Brewer e Clippard (2002), Maslach (1998) e Maslach e Schaufeli (1993).

No que concerne às limitações do nosso estudo, estas prendem-se fundamentalmente com a amostragem. A reduzida dimensão da amostra (apenas 88 médicos) não nos permite generalizar os resultados obtidos. Além disso, a amostragem foi feita de forma não probabilística, sendo uma amostragem por conveniência, uma vez que se tornou impossível a selecção de um número proporcional de médicos em cada uma das especialidades, dadas as limitações de tempo disponível para a recolha de dados e a dificuldade logística de contactar os directores de serviço de cada unidade hospitalar. Apesar disto, sublinhamos que este é um estudo de carácter exploratório, onde se pretende investigar o problema e abrir hipóteses a estudos posteriores e, nestes estudos, a amostragem não probabilística poderá ser adequada (Bryman & Cramer, 2003).

Ao longo deste trabalho tentamos posicionarmo-nos numa perspectiva positiva, no sentido da ênfase na promoção do bem-estar e da qualidade de vida, em todos os domínios da existência do indivíduo. Como Maslach e Schaufeli (1993) alertam, apesar de o burnout estar identificado como uma síndrome e ter consequências mais ou menos graves, a sua popularidade prende-se com o facto de ser socialmente bem aceite e acarretar um estigma social mínimo. Na tentativa de compreensão do fenómeno do burnout, assim como nas sugestões avançadas para a sua prevenção, através do foco da nova orientação para o compromisso no trabalho, tentamos assumir uma linha mais de promoção da saúde, do que de tratamento. Também a nível da compreensão das emoções, tomando a perspectiva de Avia (1999), tentamos reafirmar a importância das emoções positivas na personalidade humana e enfatizar a relevância da promoção de sentimentos e afectos positivos e de bem-estar, seguindo também a linha actual dos estudiosos da personalidade que tem vindo a enfatizar, cada vez mais, uma visão da pessoa humana como ser activo e com propósito (Pervin, 1999). De facto, para muitos autores, a capacidade de apreciar a vida aparece como um critério fundamental de saúde mental (Avia, 1997).

Terminamos este trabalho salientando que falar de burnout nos dias de hoje, mais do que abordar um problema, é, sobretudo, uma oportunidade para os profissionais se conhecerem melhor, confrontarem-se com as expectativas da sua actividade profissional e poderem preparar-se de algum modo para as inevitáveis dificuldades que ela comporta, podendo, assim, balancear o seu compromisso com a vida profissional e com a vida privada, numa perspectiva de melhor qualidade de vida. O médico, que lida quotidianamente com pessoas em sofrimento, também é pessoa, e necessita de ser ver como tal, bem como estabelecer os limites entre a sua profissão e a esfera privada. Desejamos por isso que este trabalho, não obstante as suas limitações, possa ter contribuído para um maior conhecimento

sobre o fenómeno do burnout em médicos. Esperamos que esta melhor compreensão das dificuldades inerentes ao percurso da carreira médica contribua de algum modo para que estes profissionais não se esqueçam igualmente de apreciar os muitos aspectos gratificantes que a sua profissão engloba. Parafraseando Leiter (1991), cremos que o desafio de ser bem sucedido em ajudar os clientes a lidarem com situações difíceis, é uma das grandes recompensas do trabalho nos serviços humanos.

Bibliografia

- Abreu K. L., Stoll, I., Ramos, L.S., Baumgardt, R.A. & Kristensen, C.H. (2002). Estresse ocupacional e Síndrome de *Burnout* no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: ciência e profissão*, 22, 2, 22-29.
- Agut, S., Grau, R. & Beas, M. (2000). Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo Y no trabajo. *Actas do Iº Congresso Hispano-Português de Psicologia*. Santiago de Compostela, 21-23 de Setembro. Retirado de http://www.fedap.es/congreso_santiago/trabajos/agut.htm em 02.11.2007
- Anastasi, A. (1997). *Testes Psicológicos*. São Paulo: EPU.
- Arnett, J.J. (1996), Sensation seeking, aggressiveness and adolescent reckless behaviour, *Personality and individual Differences*, 20, 6, 693-702.
- Avia, M.D. (1997). Personality and positive emotions. *European Journal of Personality*, 11,1, 33-56.
- Ball, S.A., Carroll, K.M. & Rounsaville, B.J. (1994). Sensation seeking, substance abuse, and psychopathology in treatment-seeking and community cocaine abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 5, 1053-1057.
- Bakker, A.B., Demerouti, E. & Schaufeli, W.B. (2002). Validation of the Maslach Burnout Inventory – General Survey: An internet study. *Anxiety, Stress and Coping*, 15, 245-260.
- Bakker, A.B., Le Blanc, P.M. & Schaufeli, W.B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 276-287.
- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Demerouti, E., Janssen, P.P.M., Van der Hulst, R. & Brouwer, J. (2000a). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 13, 247-268.
- Bakker, A.B. & Schaufeli W.B. (2000b). Burnout contagion among Teachers. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 2289-2308.
- Bakker, A.B., Schaufeli W.B., Sixma, H.J., Bosveld, W. & Van Dierendonck, D. (2000c). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 425-441.
- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Sixma, H.J. & Bosveld, W. (2001). Burnout contagion among general practitioners. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 82-98.
- Bakker, A. B., Van der Zee, K., Lewig, K. & Dollard, M. (2006). The Relationship Between the Big Five Personality Factors and Burnout. A study among volunteer counsellors. *The Journal of Social Psychology*, 146, 1, 31-50.
- Bauer, J., Stamm, A., Virnich, K., Wissing, K. & Wirsching, M. (2006). Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 79, 199–204.
- Benavides-Pereira, A.M.T. & Moreno-Jiménez, B. (2003). O Burnout e o profissional de Psicologia. *Revista Eletrônica Interação Psy*, 1-1, 68-75.
- Bonnaire, C., Bungener, C. & Varescon, I. (2006). Pathological gambling and sensation seeking – How do gamblers playing games of chance in cafés differ from those who bet on horses at the racetrack? *Addiction Research & Theory*, 14, 6, 619-629.
- Bradburn, N.M. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine Publishing. Retirado de <http://cloud9.norc.uchicago.edu/dlib/spwb/index.htm> em 06.03.2007.
- Bryman, A. & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais, introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora.
- Bühler, K.-E. & Land, T. (2003). Burnout and Personality in Intensive Care: An Empirical Study. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare*, 81, 4, 5-12.
- Burke, R.J. & Greenglass, E.R. (2001). Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of perceived hospital and union support. *Anxiety, stress, and coping*, 14, 1, 93-115.

- Buunk, A.P. & Schaufeli, W.B. (1993). Burnout from a social comparison perspective. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 53-69). New York: Taylor & Francis.
- Carlotto, M.S. (2003). Burnout e o Trabalho Docente: Considerações Sobre a Intervenção. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 12-18.
- Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N. & Usandivaras, I. (2007). La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (*burnout*). Um modelo de prevención en la formación médica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105, 3, 236-240.
- Cherniss, C. (1982a). Burnout: two ways of defining it and their implications. Artigo apresentado no simpósio *Burnout: a social problem defined*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Cherniss, C. (1982b). The context for emergence of burnout as a social problem. Artigo apresentado no simpósio *Burnout: a social problem defined*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Cherniss, C. (1991). Institutional versus organizational levels of analysis: commentary on Leiter. *Canadian Psychology*, 32, 4, 559-561.
- Cherniss, C. (1992). Long-term consequences of burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 1-11.
- Corcoran, K. & Fischer, J. (2000). *Measures for Clinical Practice. A Sourcebook*. New York: The Free Press.
- Costa, N.M. (2007). Docência no Ensino Médico: por que É Tão Difícil Mudar? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31, 1, 21-30.
- Cubril-Turek, M., Urek, R. & Turek, S. (2006). Burnout syndrome-assessment of a stressful job among intensive care staff. *Collegium antropologicum*, 30, 1, 131-135.
- Desrichard, O. & Denarié, V. (2005). Sensation seeking and negative affectivity as predictors of risky behaviors: A distinction between occasional versus frequent risk-taking. *Addictive Behaviors*, 30, 1449-1453.
- Donohew, L., Zimmerman, R., Cupp, P.S., Novak, S., Colonc, S. & Abell, R. (2000). Sensation seeking, impulsive decision-making, and risky sex: implications for risk-taking and design of interventions. *Personality and Individual Differences*, 28, 1079-1091.
- Eaddy, S. (1997). *Sensation seeking as it relates to burnout among emergency medical personnel: a statewide study*. Theses presented to University of North Texas for the degree of Master of Science (Health Promotion).
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition & Emotion*, 6, 3/4, 169-200.
- Everitt, B.S. (1977). *The analysis of contingency tables*. London: Chapman and Hall.
- Feliciano, K.V., Kovacs, M.H. & Sarinho, S.W. (2005). Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o *burnout*. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5, 3, 319-328.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 3, 571-579.
- Franques, P., Auriacombe, M., Piquemal, E., Verger, M., Brisseau-Gimenez, S., Grabot, D. & Tignol, J. (2003). Sensation seeking as a common factor in opioid dependent subjects and high risk sport practicing subjects. A cross sectional study, *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 121-126.
- Frasquilho, M.A. (2005a). Medicina, Médicos e Pessoas. Compreender o stresse para prevenir o burnout. *Acta Medica Portuguesa*, 18, 433-444.
- Frasquilho, M.A. (2005b). Medicina, uma jornada de 24 horas? *Stress e burnout* em médicos: prevenção e tratamento. *Saúde Mental*, 23, 2, 89-98.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 1, 159-165.

- Freudenberger, H.J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 12, 1, 73-82.
- Gaspar, D. (2006). Medicina Geral e Familiar. Uma Escolha Gratificante. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 133-140
- Geurts, S.A.E., Schaufeli, W.B. & De Jonge, J. (1998). Burnout and intention to leave among mental health-care professionals: A social psychological approach. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 341-362.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en profesionales de enfermería. *Psicologia em Estudo*, 7, 1, 3-10.
- Gil-Monte, P.R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) em profissionais de enfermária. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 19-33.
- Gomà-i-Freixanet, M. (1995). Prosocial and antisocial aspects of personality. *Personality and individual Differences*, 19, 2, 125-134.
- Gomes, A.R. & Cruz, J.F. (2004). A experiência de stress e “burnout” em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia, Investigação e Prática*, 2, 193-212.
- Gopal, R., Glasheen, J.J., Miyoshi, T.J. & Prochazka, A.V. (2005). Burnout and Internal Medicine Resident Work-Hour Restrictions. *Archives of Internal Medicine*, 165, 2595-2600.
- González-Romá, V., Schaufeli, W.B., Bakker, A. & Lloret, S. (2006). Burnout and engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, 68, 165-174.
- Grinblatt, M. & Keloharju, M. (2005). *Sensation Seeking, Overconfidence, and Trading Activity*. Presentation at the University of Texas. Retirado de: <http://www.mcombs.utexas.edu/dept/finance/seminars/2005/Sensation%20seeking%20Nov%2014%20for%20Texas.pdf> em 10.12.2007
- Gross, J.J. (1999). Emotion and Emotion Regulation. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality : theory and research* (pp. 525-552). New York : The Guilford Press.
- Guevara, C.A., Henao, D.P. & Herrera, J.A. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colombia Médica*, 35, 4, 173-178.
- Gullette, D.L. & Lyons, M. A. (2005). Sexual Sensation Seeking, Compulsivity, and HIV Risk Behaviors in College Students. *Journal of Community Health Nursing*, 22, 1, 47-60.
- Hillhouse, J.J, Adler, C.M & Walters, D.N. (2000). A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: a longitudinal study. *Psychology, Health and Medicine*, 5, 1, 63-73.
- Hoyle, R.H., Stephenson, M.T., Palmgreen, P., Lorch, E.P. & Donohew, R.L. (2002). Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 32, 401-414.
- Horta, A. M. (2005). *Síndrome de Burnout nos médicos do Serviço de Urgência do Hospital de São João*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Porto: F.M.U.P.
- Izard, C.E. (1989). *Human Emotions*. New York. Plenum Press.
- Izard, C.E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Jímenez, M.L.V. & Fuertes, F.C. (1999). Motivaciones y burnout en el voluntariado. *Intervención Psicosocial*, 8, 1, 31-42.
- Kobasa, S.C. (1982). The Hardy Personality: Toward a Social Psychology of Stress and Health. In G.S. Sanders & J.Suls (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness* (pp.3-32). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen E. & Cristense, K. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19, 3, 192-207.

- Langelaan, S., Bakker, A.B., Van Doornen, L.J.P. & Schaufeli, W.B. (2006). Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference? *Personality and Individual Differences*, 40, 521-532.
- Langewisch, M.W. & Frisch, G. R. (1998). Gambling Behavior and Pathology in Relation to Impulsivity, Sensation Seeking, and Risky Behavior in Male College Students. *Journal of Gambling Studies*, 14, 3, 1-15.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R.S. & Folkman, A. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lederer, W., Kinzl, J.F., Trefalt, E., Traweger, C. & Benzer, A. (2006). Significance of working conditions on burnout in anesthetists. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 50, 58-63.
- Leiter, M. (1991). The dream denied: professional burnout and the constraints of human service organizations. *Canadian Psychology*, 32, 4, 547-558.
- Leiter, M., Frizzell, C., Harvie, P. & Churchill, L. (2001). Abusive interactions and burnout: examining occupation, gender and the mediating role of community. *Psychology and Health*, 16, 547-563.
- Lemyre, P-N., Treasure, D.C. & Roberts, G.C. (2006). Influence of Variability in Motivation and Affect on Elite Athlete Burnout Susceptibility. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 28, 32-48.
- Levin, J. (1987). *Estatística aplicada a ciências humanas*. São Paulo: Harbra, 2ª ed.
- Magalhães, R.A. & Glina, D.M. (2006). Prevalência de Burnout em médicos de um Hospital Público de São Paulo. *Saúde, Ética & Justiça*, 11, 1/2, 29-35.
- Mallar, S.C. & Capitão, C.G. (2004). Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. *Psico-USF*, 9, 1, 19-29.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Martínez, I.M & Pinto, A.M. (2005). Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal y su relación con variables académicas. *Aletheia*, 21, 21-30.
- Martini, S., Arfken, C.L. & Balon, R. (2006). Comparison of Burnout Among Medical Residents Before and After the Implementation of Work Hours Limits. *Academic Psychiatry*, 30, 352-355.
- Mashegoane, S., Moalusi, K.P., Ngoepe, M.A. & Peltzer, K. (2002). Sexual sensation seeking and risky sexual behavior among south african university students. *Social Behavior & Personality*, 30, 5, 475-484.
- Maslach C. (1998). A multidimensional theory of burnout. In C.L. Cooper (Ed.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 68-85). Oxford, UK: Oxford Univ. Press.
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 5, 189-192.
- Maslach, C. (2006). Understanding Job Burnout. In A. M. Rossi, P L. Perrewe & S. L. Sauter (Eds.), *Stress and quality of working life: Current perspectives in Occupational Health* (pp. 37-51). Greenwich, Conneticut: Information Age Publishing.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12, 837-851.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1997). *Inventario 'burnout' de Maslach. Manual*. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. California: Consulting Psychologists Press.

- Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997). *The Truth About Burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Maslach, C. & Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). New York: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- McCrae, R.R. & Costa, P.T. (1999). A five-factor theory of personality. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality: theory and research* (pp. 139-153). New York : The Guilford Press.
- McManus, I.C., Keeling, A. & Paice, E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine*, 2-29.
- Melamed, S., Ugartem, U., Shirom, A., Kahana, L., Lermani, Y. & Froom, P. (1999). Chronic Burnout, Somatic Arousal and Elevated Salivary Cortisol Levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 6, 591-598.
- Melo, B., Gomes, A. & Cruz, J. (1997). Stress ocupacional em profissionais de saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.
- Mendes, M. (2005). *Emoções no contexto de policiamento: medo, exaustão emocional e procura de sensações, um estudo comparativo na PSP do Porto*. Dissertação de Mestrado em Criminologia. Porto: F.D.U.P.
- Milan, L.R. (2007). A síndrome de Burnout: realidade ou ficção? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53, 1, 5-5.
- Milheiro, J. (2002). Arte e medicina. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4,2, 39-59.
- Moore, L.G. (2003). Creating a Vital, Burnout-Proof Practice. *Family Practice Management*, 10, 8, 51-54.
- Morais, A., Maia, P., Azevedo, A., Amaral, C. & Tavares, J. (2006). Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists. *European Journal of Anaesthesiology*, 2-7.
- Moreno-Jiménes, B., Garrosa-Hernández, E., Galvez, M., González, J.L. & Benevides-Pereira, A.M. (2002). A avaliação do burnout em professores. Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. *Psicologia em Estudo*, 7, 1, 11-19.
- Moreno-Jiménes, B., Herrero, M.G., Hernández, E. & Adán, J.C. (2006). Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atencion primaria*, 38, 10, 544-549.
- Moreno-Jiménes, B. & Puente, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 739-761). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Murray, D.M. (2003). *Living on the edge: Sensation seeking and extreme sports participation*. Ph.D. dissertation, The University of Connecticut, United States. Retirado de: <http://proquest.umi.com/pqdlink?vinst=PROD&attempt=1&fmt=6&startpage=-1&ver=1&vname=PQD&RQT=309&did=764882691&exp=06-12-2013&scaling=FULL&vtype=PQD&rqt=309&TS=1213356469&clientId=37541> em 10.12.2007.
- Neylan, T.C. (1998). Hans Selye and the Field of Stress Research. *Journal of Neuropsychiatry*, 10, 2, 230-231.
- Nogueira-Martins, L.A. (2003). Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 1,1, 59-71.
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Ordem dos Médicos. (2007). *Relatório sobre as Carreiras Médicas*. (Reedição). Lisboa: CELOM – Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Paice, E. (1997). Why do young doctors leave the profession? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90, 8, 417-418.
- Pais-Ribeiro, J.L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Parent, E.C. & Newman, D.L. (1999). The role of sensation-seeking in alcohol use and risk-taking behavior among college women. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 44, 2, 12-28.
- Parke, A., Griffiths, M. & Irwing, P. (2004). Personality traits in pathological gambling: Sensation seeking, deferment of gratification and competitiveness as risk factors. *Addiction Research & Theory*, 12, 3, 201-212.
- Peixoto M.A. & Silva, R.N. (2000). Aprendizagem: Contribuições para pensar a Formação do Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 24, 2, 41-47.
- Pervin, L.A. (1999). Constancy and Change in Personality Theory and Research. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality: theory and research* (pp. 139-153). New York: The Guilford Press.
- Pines, A. (2000). Treating Career burnout: A Psychodynamic Existential Perspective. *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice*, 56, 5, 633-642.
- Pines, A. & Aronson, E. (1981). *Career Burnout. Causes & Cures*. New York: The Free Press.
- Pines, A. & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: the significant difference. *Personality and Individual Differences*, 39, 625-635.
- Pines, A. & Nunes, R. (2003). The relations between career and couple burnout: implications for career and couple counseling. *Journal of employment counseling*, 40, 50-64.
- Pinto, A.M. (2000). *Burnout profissional em professores portugueses: representações sociais, incidência e preditores*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Lisboa: F.P.C.E.U.L.
- Pinto, A.M., Lima, M.L. & Silva, A.L. (2005) Stress sources, burnout and coping among Portuguese teachers. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21, 1-2, 125-143.
- Pinto, A.M., Silva, A.L. & Lima, M.L. (2000). Burnout profissional em professores portugueses. *Actas do Iº Congresso Hispano-Português de Psicologia*. Santiago de Compostela, 21-23 de Setembro. Retirado de http://www.fedap.es/congreso_santiago/trabajos/marques.htm em 12/10/2007.
- Price, C. (2005). *Thought and Experience: Themes in the Philosophy of Mind. Book 2: Emotion*. Milton Keynes: The Open University.
- Prins, J.T., Hoekstra-Weebers, J.E., Gazendam-Donofrio, S.M., Van de Wiel, H.B., Sprangers, F., Jaspers, F.C. & Van der Heidjen, F.M. (2007). The role of social support in burnout among Dutch medical residents. *Psychology, Health & Medicine*, 12,1, 1-6.
- Queirós, C. (1997). *Emoções e comportamento desviante, um estudo na perspectiva da personalidade como sistema auto-organizador*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Rafferty, J.P., Lemkau, J.P., Purdy, R.R. & Rudisill, J.R. (1986). Validity of the Maslach Burnout Inventory for Family Physicians. *Journal of Clinical Psychology*, 24, 3, 488-492.
- Raggio, B. & Malacarne, P. (2007). Burnout in intensive care unit. *Minerva Anestesiologica*, 73, 4, 195-200.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio. Prevenção do Stresse no Trabalho*. Lisboa: RH Editora.
- Ravindranath, D. (2000). *Stress in the Medical Profession: An evaluation of Pre-medical students, Medical students, and Doctors*. Retirado de: <http://socrates.berkeley.edu/~es196/projects/2000final/ravindranath.pdf> em 05/09/2007.
- Reis, A.C. (2007). *Adesão terapêutica na infecção pelo vírus da imunodeficiência humana*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P.

- Renzi, C., Tabolli, S., Ianni, A., Di Pietro, C. & Puddu, P. (2005). Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*, 19, 2, 153-157.
- Riley G.J. (2004). Understanding the stresses and strains of being a doctor. *The Medical Journal of Australia*, 181, 7, 350-353.
- Rimmö, P.-A. & Åberg, L. (1999) On the distinction between violations and errors: sensation seeking associations. *Transportation Research Part, F2* , 151-166.
- Roger, M. & Abalo, J. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología e Salud*, 14, 1, 67-78.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57,6, 1069-1081.
- Sá, L. (2002). *Burnout e controlo sobre o trabalho em enfermagem oncológica. Estudo correlacional*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Porto: F.M.U.P.
- Sá, L. & Fleming, M. (2008). Bullying, Burnout, and Mental Health amongst Portuguese Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 4, 411-426.
- Selye, H. (1953). The General-Adaptation-Syndrome in its Relationships to Neurology, Psychology, and Psychopathology. In: W. Arthur (Ed.), *Contributions Toward Medical Psychology: Theory and Psychodiagnostic Methods. Vol. I*. New York: Ronald Press Company. pp. 234-274.
- Selye, H. & Fortier, C. (1950). Adaptive Reaction to Stress. *Psychosomatic Medicine*, 12, 3, 149-157.
- Schaufeli, W.B. (1999). Burnout. In J. Firth-Cozens & R. Payne (Eds.), *Stress in health professionals: Psychological and organizational causes and interventions* (pp. 17-32). Chichester: Wiley.
- Schaufeli, W.B. & Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W.B. & Buunk, B.P. (2003). Burnout: An Overview of 25 years of Research and Theorizing. In: M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds), *The Handbook of Work and Health Psychology* (pp. 383-425). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W.B. & Greenglass, E.R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and Health*, 16, 501-510.
- Schaufeli, W.B., Keijsers, G.J. & Reis Miranda, D. (1995). Burnout, technology use, and ICU performance. In: S.L. Sauter & L.R. Murphy (Eds.), *Organizational risk factors for job stress* (pp. 259-271). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schaufeli, W.B., Martínez, I.M, Pinto, A.M., Salanova, M. & Bakker, A.B. (2002). Burnout and engagement in University Students. A Cross-National Study. *Journal of Cross-cultural Psychology Study*, 33, 5, 464-481.
- Schaufeli, W.B. & Van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 631-647.
- Scourfield, J., Stevens, D.E. & Merikangas, K.R. (1996). Substance abuse, comorbidity, and sensation seeking: Gender differences. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 6, 384-392.
- Smets, E.M., Visser, M.R., Oort, F., Schaufeli, W.B. & De Haes, H.C.J.M. (2004). Perceived inequity: Does it explain burnout among medical specialists? *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 1900-1918.
- Spickard, A., Gabbe, S.G. & Christensen, J.F. (2002). Mid-Career Burnout in Generalist and Specialist Physicians. *JAMA*, 288, 12, 1447-1450.
- Stephenson, M.T., Hoyle, R.H., Palmgreen, P. & Slater, M.D. (2003). Brief measures of sensation seeking for screening and large-scale surveys. *Drug and Alcohol Dependence*, 72, 279-286.

- Stoel, R.D, De Geus, E.J.C. & Boomsma, D.I. (2006). Genetic analysis of sensation seeking with an extended twin design. *Behavior genetics*, 36, 2, 229-237.
- Strongman, K. (1987). *The psychology of emotion*. New York: John Wiley & Sons.
- Tamayo, M. R. & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7,1, 37-46.
- Travado, L., Grassi, L., Gil, F., Ventura, C., Martins, C. & SEPOS Group. (2005). Physician-patient communication among southern european cancer physicians: the influence of psychosocial orientation and burnout. *Psycho-Oncology*, 14, 661-670.
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout: Concepts, modèles, interventions*. Paris: Dunod.
- Van Dierendonck, D., Schaufeli, W.B. & Sixma, H.J. (1994). Burnout among general practitioners: A perspective from equity theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 86-100.
- Vara, N. (2007). *Burnout e satisfação no trabalho em bombeiros que trabalham na área da emergência pré-hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Whissell, R.W. & Bigelow, B.J. (2003). The speeding attitude scale and the role of sensation seeking in profiling young drivers at risk. *Risk analysis*, 23, 4, 811-820.
- Zamora, G., Castejón, E. & Fernández, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 2, 323-336.
- Zeckhausen, W. (2002). Ideas for Managing Stress and Extinguishing Burnout. Small changes can make a big difference in how you deal with the pressures of practice. *Family Practice Management*, 35-38.
- Zellars, K.L., Hochwarter, W.A., Perrewé, P.L., Hoffman, N. & Ford, E. W. (2004). Experiencing Job Burnout: The Roles of Positive and Negative Traits and States. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 5, 887-911.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial basis of sensation seeking*. New York: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M. (2000). Are you a risk taker? *Psychology Today*, 1-5.
- Zuckerman, M. (2007). *Sensation seeking and risky behavior*. Washington, DC: American Psychological Association.

Anexo

QUESTIONÁRIO²³

Este questionário é realizado no âmbito de um projecto de Mestrado em Psicologia da Saúde, a decorrer na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos e científicos (tese de Mestrado), sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual.

O questionário é **anónimo**, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário.

Não existem respostas certas ou erradas, por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões.

Na maioria das questões terá apenas de assinalar **com uma cruz** a sua opção de resposta.

Obrigado pela sua colaboração.

Grupo I

1. Idade: _____ anos

2. Sexo:

☐

Masculino

☐

Feminino

3. Estado Civil:

☐

Solteiro/a

☐

Casado/a ou a viver em união de facto

☐

Divorciado/a ou separado/a

☐

Viúvo/a

4. Filhos:

☐

Sim

☐

Não

5. Categoria Profissional

☐

Interno Geral

☐

Interno Complementar

☐

Assistente Hospitalar

☐

Assistente Hospitalar Graduado

☐

Chefe de Serviço

☐

Director de Serviço

☐

Médico com contrato

6. Especialidade:

²³ Versão para investigação construída por C. Queirós e M. Oliveira, 2006, FPCEUP.

7. Anos de serviço: _____ anos

8. Horas de trabalho semanais

<input type="checkbox"/>	35h
<input type="checkbox"/>	40h
<input type="checkbox"/>	42h
<input type="checkbox"/>	Outra. Quantas? _____ Horas

9. Faz horas extraordinárias?

☐ Não ☐ Sim Quantas? _____ Horas /Semana

10. Indique para o momento actual o seu grau de:

	Pouca				Muita
Satisfação com o seu trabalho no momento actual	1	2	3	4	5
Motivação para exercer o seu trabalho no momento actual	1	2	3	4	5
Motivação quando começou a exercer a sua profissão	1	2	3	4	5

11. Se tivesse oportunidade:

	Sim	Não
Mudava de funções na sua profissão		
Mudava de instituição		
Mudava de profissão		

Grupo II ²⁴

Cada uma das questões apresentadas contém duas opções de resposta: A e B.

Indique qual das opções descreve melhor os seus gostos ou o modo como se sente, assinalando com uma cruz a sua resposta na letra **A** ou na letra **B**.

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | A |
| <input type="checkbox"/> | B |

 Gosto de festas desinibidas e loucas.

<input type="checkbox"/>	B
--------------------------	---

 Prefiro festas sossegadas e onde se pode ter uma boa conversa.
- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | A |
| <input type="checkbox"/> | B |

 Há alguns filmes que gosto de ver mais do que uma vez.

<input type="checkbox"/>	B
--------------------------	---

 Não tenho paciência para ver um filme que já tenha visto antes.

²⁴ Adaptado de SSS-V (Zuckerman, 1994, traduzido por Mendes, 2005)

3.

A
B

 Penso com frequência que gostaria de ser um alpinista.
Não consigo compreender as pessoas que arriscam as suas vidas a escalar montanhas.
4.

A
B

 Não gosto de nenhum cheiro corporal.
Gosto de alguns cheiros do corpo humano.
5.

A
B

 Aborreço-me de ver sempre as mesmas caras.
Gosto da familiaridade confortável dos amigos de todos os dias.
6.

A
B

 Gosto de explorar sozinho uma cidade desconhecida ou uma zona de uma cidade, ainda que me possa perder.
Prefiro a ajuda de um guia quando estou num local que não conheço bem.
7.

A
B

 Não gosto das pessoas que fazem ou dizem coisas só para chocar ou incomodar os outros.
Quando se consegue prever quase tudo o que alguém fará ou dirá, essa pessoa deve ser aborrecida.
8.

A
B

 Normalmente não gosto de um filme em que possa prever o que se irá passar.
Não me importo de ver um filme em que possa prever o que vai acontecer.
9.

A
B

 Já experimentei drogas ilícitas ou gostaria de o fazer.
Nunca seria capaz de experimentar drogas ilícitas.
10.

A
B

 Não gostaria de experimentar qualquer substância que possa produzir em mim efeitos estranhos ou perigosos.
Gostaria de experimentar algumas das substâncias que produzem alucinações.
11.

A
B

 Uma pessoa sensata evita actividades perigosas.
Por vezes gosto de fazer coisas um pouco arriscadas.
12.

A
B

 Não gosto da companhia de pessoas desinibidas e livres quanto ao sexo.
Gosto da companhia de pessoas desinibidas e livres quanto ao sexo.
13.

A
B

 As substâncias estimulantes incomodam-me.
Gosto de ficar “pedrado” de vez em quando, bebendo álcool ou consumindo drogas.
14.

A
B

 Gosto de experimentar comidas que nunca provei.
Peço pratos com os quais estou familiarizado, de modo a evitar decepções ou desilusões.
15.

A
B

 Gosto de ver vídeos caseiros ou slides de viagens.
Ver vídeos caseiros ou slides de viagens de alguém aborrece-me muito.
16.

A
B

 Gostaria de praticar esqui aquático.
Não gostaria de praticar esqui aquático.
17.

A
B

 Gostaria de experimentar fazer surf.
Não gostaria de experimentar fazer surf.
18.

A
B

 Gostaria de fazer uma viagem sem planos pré-definidos ou horários.
Quando viajo gosto de planear os locais e horários cuidadosamente.
19.

A
B

 Prefiro ter como amigos pessoas do tipo “terra a terra”
Gostaria de fazer amigos em grupos invulgares como artistas, punks ou hippies.

20.

A
B

 Não gostaria de aprender a pilotar um avião.

B

 Gostaria de aprender a pilotar um avião.
21.

A
B

 Prefiro a superfície da água às suas profundezas.

B

 Gostaria de fazer mergulho sub-aquático.
22.

A
B

 Gostaria de conhecer pessoas que são homossexuais (homens ou mulheres).

B

 Afasto-me de qualquer pessoa que suspeite ser homossexual.
23.

A
B

 Gostaria de experimentar saltar de pára-quedas.

B

 Nunca gostaria de experimentar saltar de um avião, com ou sem pára-quedas.
24.

A
B

 Prefiro amigos que sejam excitantemente imprevisíveis.

B

 Prefiro amigos fiáveis e previsíveis.
25.

A
B

 Não estou interessado em fazer experiências só para experimentar.

B

 Gosto de experiências e sensações novas e excitantes, mesmo que sejam um pouco assustadoras, pouco convencionais ou ilegais.
26.

A
B

 A essência de uma obra de arte está na sua clareza, simetria de formas e harmonia das cores.

B

 Encontro frequentemente a beleza nas cores chocantes e formas irregulares das pinturas modernas.
27.

A
B

 Gosto de passar algum tempo nas proximidades de minha casa.

B

 Fico irritado se tenho de me limitar a passear nas proximidades de casa.
28.

A
B

 Gosto de mergulhar da prancha mais alta.

B

 Não gosto da sensação de estar na prancha mais alta, nem me aproximo dela.
29.

A
B

 Gosto de sair com pessoas que sejam fisicamente excitantes.

B

 Gosto de sair com pessoas que partilhem os meus valores.
30.

A
B

 Beber muito normalmente estraga uma festa porque algumas pessoas tornam-se ruidosas e violentas.

B

 Manter os copos cheios é a razão do sucesso de uma festa.
31.

A
B

 O pior defeito social é ser rude.

B

 O pior defeito social é ser aborrecido.
32.

A
B

 As pessoas deveriam ter alguma experiência sexual antes do casamento.

B

 É preferível um casal começar a sua experiência sexual após o casamento.
33.

A
B

 Mesmo que tivesse dinheiro, não me preocuparia em me associar a pessoas ricas e famosas do jet-set.

B

 Consigo imaginar-me numa vida de prazer pelo mundo fora com pessoas ricas e famosas do jet-set.
34.

A
B

 Gosto de pessoas brincalhonas e espirituosas, mesmo que por vezes insultem os outros.

B

 Não gosto de pessoas que se divertem na expectativa de ferir os sentimentos dos outros.
35.

A
B

 Existem demasiadas cenas de sexo nos filmes.

B

 Gosto de ver muitas das cenas de sexo nos filmes.

36.

A
B

 Sinto-me melhor depois de beber uns copos.

B

 Algo está mal nas pessoas que precisam de álcool para se sentirem bem.
37.

A
B

 As pessoas deviam vestir-se de acordo com padrões de bom gosto, estilo e perfeição.

B

 As pessoas devem vestir-se de acordo com o seu próprio gosto, mesmo que o resultado seja por vezes estranho.
38.

A
B

 Fazer longas viagens em barcos pequenos é imprudente.

B

 Gostaria de fazer uma longa viagem num barco pequeno desde que ele navegasse bem.
39.

A
B

 Não tenho paciência para pessoas estúpidas ou aborrecidas.

B

 Encontro algo interessante em quase todas as pessoas com quem converso.
40.

A
B

 Esquiar numa montanha com um grande declive é uma boa maneira de acabar de muletas.

B

 Gostaria de experimentar a sensação de esquiar muito depressa numa montanha com um grande declive.

Grupo III ²⁵

Gostaríamos de saber o modo como se tem sentido nestes últimos dias. Para cada um dos itens seguintes assinale com uma cruz a resposta “Sim” ou “Não”. Indique se durante as últimas semanas, alguma vez se sentiu:

	Sim	Não
1. Particularmente entusiasmado ou interessado em algo?		
2. Tão cansado que não conseguiu ficar sentado numa cadeira por muito tempo?		
3. Orgulhoso porque alguém o elogiou por algo que tenha feito?		
4. Muito só ou afastado das outras pessoas?		
5. Satisfeito por ter conseguido realizar algo?		
6. Aborrecido?		
7. Feliz e no “topo do mundo”?		
8. Deprimido ou muito infeliz?		
9. Que as coisas estavam a correr à sua maneira?		
10. Aborrecido por alguém o ter criticado?		

²⁵ Adaptado e traduzido de ABS (Bradburn & Noll, 1969, in Corcoran & Fischer, 2000).

Grupo IV ²⁶

Assinale para cada questão a frequência com que vive ou sente cada uma das situações a seguir descritas. Assinale com uma cruz apenas um valor por questão e para a sua resposta tome como referência os últimos 3 meses da sua actividade profissional.

	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. Sinto-me emocionalmente exausto com o meu trabalho							
2. Sinto-me cansado no final de um dia de trabalho							
3. Sinto-me cansado quando me levanto para ir trabalhar							
4. Compreendo facilmente como se sentem as outras pessoas							
5. Trato as outras pessoas como se fossem objectos impessoais							
6. Custa-me trabalhar todo o dia com as outras pessoas							
7. Lido eficazmente com os problemas das outras pessoas							
8. Sinto-me fisicamente exausto com o meu trabalho							
9. Sinto que consigo ajudar as outras pessoas com o meu trabalho							
10. Tornei-me mais insensível com os outros desde que faço este trabalho							
11. Sinto-me preocupado porque este trabalho me deixa mais frio emocionalmente							
12. Sinto-me cheio de energia							
13. Sinto-me frustrado no meu trabalho							
14. Sinto que estou a trabalhar demais							
15. Sinto que não me preocupo com o que acontece às pessoas com quem trabalho							
16. Causa-me stress trabalhar directamente com as pessoas							
17. Consigo criar um ambiente descontraído com as pessoas com quem trabalho							
18. Sinto-me bem depois de contactar com as outras pessoas							
19. Sinto que consigo fazer coisas úteis no meu trabalho							
20. Sinto que estou a atingir os meus limites							
21. Lido calmamente com os problemas emocionais							
22. Sinto que as outras pessoas me culpam pelos seus problemas							

*O questionário termina aqui.
Obrigado pela colaboração.*

²⁶ Adaptado de MBI (Maslach & Jackson, 1997, traduzido por Mendes, 2005)